República Oriental del Uruguay

ANALES

DE

LA UNIVERSIDAD

Entrega N.º 127

Administrador: **MANUEL BABÍO**

SUMARIO: Obstetricia clínica y Obstetricia social por el doctor Augusto Turenne.

AÑO 1930

MONTEVIDEO

IMPRENTA NACIONAL
1930

I. — Obstetricia clínica

ANALES DE LA UNIVERSIDAD

AÑO XXXVIII || MONTEVIDEO 1930 || ENTREGA N.º 127

OBSTETRICIA CLÍNICA Y OBSTETRICIA SOCIAL

Por el Dr. AUGUSTO TURENNE

Profesor de Clínica Obstétrica de la Facultad de Medicina de Montevideo, Miembro de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de París, Miembro del Colegio Norteamericano de Cirujanos, Miembro de las Sociedades de Obstetricia y Ginecología Argentina, Brasileña y Belga, Ex Médico-Jefe del Servicio de Asistencia y Protección Maternal de la Asistencia Pública Nacional

Lección inaugural de la 2.ª Clínica Obstétrica de la Facultad de Medicina de Montevideo

Señores:

Es con una intensa emoción que veo inaugurarse la Clínica Obstétrica en esta Casa de la Maternidad, coincidencia para mí invalorable, pues se realizan simultáneamente dos de mis más acariciados ideales.

Al confiarme esta clínica las autoridades de la Facultad, me han otorgado un honor insigne, que es, a la vez, una pesada carga: el honor de comunicar los elementos de una importante rama de la Medicina, y la responsabilidad de hacerlo en forma digna de la confianza que se me otorga.

La posesión de una clínica es para todos los que enseñamos una meta no siempre alcanzada, pero por duras que sean las etapas, cada obstáculo es un nuevo acicate para continuar el esfuerzo.

Al tocar la cima, mi mirada recorre la ruta, áspera a veces, a veces amable, y allá en lontananza distingo algunas sombras, figuras veneradas a las que debo buena parte de mi conciencia profesional.

En una época dura para la Facultad cuando ésta pobre, aislada, luchaba por merecer la atención de los Poderes Públicos, y cada conquista, por pequeña que fuera, era saludada con júbilo por profesores y estudiantes; cuando los la-

boratorios eran cuartujos y en la sala de disección tiritábamos sobre nauseabundos cadáveres a duras penas conseguidos, la pobreza de medios materiales de estudio se subsanaba con la enseñanza proba, el ejemplo ennoblecedor de unos pocos maestros, que modelaban la conciencia de sus discípulos con la norma levantada de una conducta profesional irreprochable. Entonces no había ni "dicotomias" ni acoplados'', o no lo hubieran tolerado esos hombres, que como Bayardo, eran sin miedo y sin tacha.

Serratosa, el médico - caballero, con su bondad sin límites, su cortesía exquisita y su impecable honradez.

Pugnalin, verdadero "búrbero benéfico", pronto a mitigar la ruda acometida verbal con el gesto consolador que desarma, Pugnalin, desaparecido en pleno vigor, y que tuvo la grandeza de alma de dejar su puesto antes de ser visibles las grietas de su potencia cerebral; Visca, el maestro talentoso y amable, clínico sagaz y hombre bueno, epicúreo hasta en su muerte, como él la deseaba, piadosamente brusca.

Estos hombres que para muchos de vosotros, no evocan sino recuerdos fragmentarios, frases y hechos desfigurados por la transmisión verbal, son para nosotros, sus alumnos, figuras luminosas que se destacan y nos señalan una vía, una meta, un ideal.

Sus consejos, su ejemplo, parecerán hoy un poco ''antiguos'', pero de ellos podéis estar seguros que debe decirse como del penacho blanco del Rey galante, que señalarán siempre el camino de la probidad y del honor.

Debía este afectuoso homenaje a la memoria de mis maestros, y os pido disculpa si por unos momentos me he alejado del motivo que me impulsó a dirigiros la palabra.

¿Cuál va a ser nuestra obra en esta Clínica? Os confieso que más de una vez he vacilado en hacer público mi íntimo concepto de la actuación de un médico al frente de una cátedra.

¿Debe ceñirse a la enseñanza concreta, al día, fría e impersonal como sermón de encargo?

¿Será, por el contrario, viva, activa la enseñanza, analítica en el estudio del caso, y amplia, sintética, en la apreciación de sus posibles proyecciones?

¿Restringirá sus preceptos a los estrechos límites de un territorio científico, o estimando la clínica, como un instrumento de trabajo y taller de energía, no desperdiciará ocasiones de señalar al futuro médico, los tropiezos de la vida profesional como le muestra los escollos y las dificultades de la interpretación clínica?

Libre en esta cátedra, sin predecesores que imitar ni considerar con indulgencia, puedo determinar sin trabas mi manera de concebir la clínica en sus relaciones con las investigaciones científicas, la clínica como escuela de Deontología y la faz social y ética de la Clínica Obstétrica, aprovechando la coincidencia de ser la Casa de la Maternidad, la sede del Servicio de Protección Maternal de la Asistencia Pública.

Ante todo desvirtuemos un prejuicio:

"La letra mata" dice una arcaica frase. Sí, la letra mata cuando aceptada sin discusión, es aplicada sin discernimiento.

Pero el libro no es el enemigo, es base de conocimientos a adquirir, el libro es experiencia ajena condensada. Hablo del libro honesto, del libro vivido, del libro crisol, en el que se han combinado estrechamente las grandes hipótesis con el hecho bien observado que las contralorea, verifica y sostiene, no del libro-empresa, del libro-reclame, del libro audaz e insincero. Pretender que la clínica lo llene todo, es creencia falaz.

Ante nuestros ojos de estudiantes inexpertos ¡cuántos hechos han desfilado, perdidos para nuestra experiencia, porque nuestra educación libresca — en la buena acepción del calificativo — era incompleta!

La clínica, disponiendo aún de material nutrido, es a menudo analítica; al libro corresponde la síntesis.

Es en las concepciones sintéticas claras, robustecidas por la observación sincera, que el médico apoya los más firmes de sus conocimientos.

No hay, pues, una oposición insalvable entre la clínica y el libro.

Observad, en buena hora, con criterio desapasionado, pero reflexionad que mucho se aprende en el error ajeno y que

más de una vez en un libro viejo descubrimos la novedad del día, que no es tal novedad sino porque había sido olvidada.

Nada más ridículo que el calificativo de "effondreur" de puertas abiertas, y a esto se exponen los que quieren suplir con su observación aislada al colosal volúmen de investigaciones de la ciencia médica actual, y nos dan fórmulas o procedimientos que son novedosos para los ingenuos que confunden su tardo paso con la vertiginosa marcha del progreso médico.

Son estos errores los que han hecho caer en ridículo a médicos, por otros conceptos meritorios, que, ajenos a la erudición fundamental sin alharacas y desplantes, han creído enemigos al libro y a la clínica, confundiendo la estéril lectura de cartillas y manuales, con la asimilación fecunda de la labor de los que nos han precedido.

Se ha dicho con más vehemencia que fundamento, que la Facultad debe preparar solamente médicos prácticos, que su misión debe ser sola y proximamente utilitaria.

Grave contradición existe entre una afirmación tan inferiorizante y la profusión y el lujo con que se crean y se dotan los institutos y los laboratorios.

Pero es que por encima de estas afirmaciones hay una fuerza incontrastable que derriba esa premisa y nos muestra otra senda que es la verdadera.

Nadie duda que el ejercicio profesional se contenta con poco; que, por suerte, una gran proporción de enfermos se cura sin nosotros; pero también harto sabemos las lagunas de nuestra ciencia, los problemas apasionantes que encierra aún el enigma de muchas enfermedades.

¿Carece nuestra raza de alas para abandonar la pretensión de cooperar a la conquista de una partícula de la verdad?

¿Debemos achatarnos, hasta deliberadamente considerarnos incapaces de otra cosa que de la repetición apocada y simple de la opinión ajena no siempre tan verdadera como ruidosa? No. Al lado de aquellos a quienes las aptitudes o las rudas leyes de la existencia obligan al sencillo y estrecho ejercicio de la profesión, debemos reservar un ancho campo de

acción para los que se sientan estremecer ante la visión de la gloria científica.

A ellos, a esos "pioners" que darán forma y brillo a una Ciencia nacional, no debemos alzarles un "Nec plus ultra" desmoralizador. Felices los que jóvenes, animosos, ardiendo en el sacro fuego del amor a la Ciencia, puedan, mejor preparados que nosotros, conquistar su sitio al lado de los grandes nombres, por su genial contribución al progreso de la Medicina.

Para estos trabajadores pacientes, o talentosos creadores, la clínica debe ser un hogar siempre abierto, siempre preparado para sostenerles y allanarles las dificultades de la ruta.

El ejemplo de nuestros vecinos poderosos debe ser acicate de nuestro amor propio nacional, y doloroso sería tener rumbosos palacios de Ciencia si en ellos no se percibiera el sordo zumbido de las colmenas laboriosas.

Limitar, pues la enseñanza a los estrechos horizontes de la vida profesional sería contrario a nuestras convicciones; propiciaremos las investigaciones, incitaremos a ellas y, en la medida de nuestros limitados alcances, daremos el ejemplo, felices si este despierta a aquel que será nuestro mejor discípulo, no porque nos repita servilmente, sino porque señale los lunares de nuestra obra y, corrigiéndonos, progrese.

Por corresponder esta clínica a una especialidad bien delimitada pero cuyos principios fundamentales debe conocer todo médico es que a mi espíritu asoma un estado de cosas que es un peligro. Muchos de vosotros hace dos o tres años que habéis elejido "una especialidad". Os lo exige la costumbre, el ejemplo feliz de los primeros médicos especializados en el país os muestra un espejismo falaz: la zarandeada ley de división del trabajo parece demostraros la necesidad y utilidad de la especialización.

¡Cuán profundo error es el de los que tal piensan!

¡Creer que bastará orientar el estudio hacia un territorio estrecho de la clínica general para haceros especialistas!

Jamás, oidlo bien, seréis sabios y buenos especialistas si no dais como base a esa limitación de conocimientos, un hondo y amplio saber en Medicina general.

El concepto de la especialización, bastardeado por el ejemplo y la propaganda germánicos, es letal para el progreso de la Medicina. Transformar el organismo humano es un hipertrófico aparato genital, respiratorio, digestivo, alrededor del cual giran subordinadamente todos los demás, es la negación de la buena clínica.

El renacimiento del humorismo en Medicina, cien veces volteado como Anteo, y como él, cien veces erguido cada vez que sus espaldas han tocado tierra, es decir, la cruda y sana realidad, es la mejor demostración de la necesidad de un conocimiento de la Patología General, de las Patologías Médica y Quirúrgica, cimentado en sólidas nociones de Fisiología para hacer buena y útil clínica, para curar enfermos y no órganos enfermos.

¿Qué podrá hacer el médico que en una iritis específica no vea sino la inflamación de ese admirable y dócil diafragma de nuestro cristalino?

¿Quién curará las proteiformes congestiones genitales de nuestras neuro - artríticas, si no ve otra cosa que un útero turgescente y dolorido?

Sed médicos sobre todo, y así, más de una vez, prácticos modestos pero avezados conocedores del terreno en que vuestros enfermos desarrollan sus desequilibrios, enmendaréis la plana al especialista recién importado, fuerte por el instrumental o por la técnica de sabios de nombre impronunciable, pues sabréis que si en las sociedades humanas la solidaridad es un ideal lejano, nuestro organismo, en sus admirables medios de defensa, nos la muestra como una realidad tangible y aprovechable.

No olvidéis también, lo que ya en Europa se está palpando. El éxito de los primeros especialistas, y sobre todo el éxito económico, derivación lógica del éxito clínico, es función de su formación racional.

Fueron médicos primero, se especializaron después.

Seguid esta ruta precisa, y no os transforméis en artesanos de horizonte voluntariamente estrechado.

Frecuentes incursiones al amplio campo de toda la Medicina ventilarán vuestro cerebro y os librarán de la sistematización y de la rutina, los peores enemigos del médico.

A la categoría de cosa juzgada ha pasado la afirmación de que la Facultad de Medicina enseña mucho y educa poco.

Poseemos un cuerpo profesoral que alía a vastos conocimientos y a una reputación científica que, para más de uno, rebasa los límites de nuestro continente, una honestidad profesional que le hace digno de ser imitado.

Predicar con el ejemplo es, en realidad, una fórmula hermosa, pero es también muy cierto que, a veces, el ejemplo pasa desapercibido a los ojos de los mal preparados, o de los malos.

Cualquiera puede escudarse tras la ausencia de una fórmula de reprobación, del correctivo severo de una conocida falta, pero nadie alegará ignorancia frente a la omisión concreta de un deber profesional cuando en la clínica su maestro ya le haya señalado la mala senda, la línea, para muchos borrosa e indecisa, que separa la inocente transgresión de un precepto de sana deontología, de la pillería o la maldad.

A mi juicio, el Profesor no debe perder la ocasión de ahondar la huella que en el cerebro de los buenos graba el ejercicio de las acciones honestas. La preparación científica aislada será tanto más peligrosa si no va acompañada de esas virtudes que, sin ser las que pueden reclamarse a los varones ejemplares, corresponden a ese término medio sin el cual la sociedad de los hombres fuera temible, y que aseguran al médico la situación respetable y digna a que le da derecho su generosa y humanitaria misión.

Desde el tuteo familiar e impropio hasta las inútiles molestias de un examen más a menudo despreocupado que inhumano, todo debe ser perseguido con la altura y la moderación que preservan la autoridad del que corrige y la dignidad del corregido.

No olvidéis jamás, aunque parezca una vulgaridad repetirlo, que por demás desgraciada es la que se ve obligada a abandonar su hogar para venir en busca de alivio, lejos de los suyos.

Afanarse porque esta triste convicción se aleje de nuestras asiladas, es misión de todos y cada uno de los que concurren a esta casa. En esa escuela de sencilla y constante ab-

negación es que adquiriréis esas condiciones de tacto, de condescendencia, de afectuosidad que contribuirán a vuestra reputación ulterior tanto como vuestra preparación médica.

Esta Clínica os dará ocasión de conocer un cierto número de problemas de orden social que no podéis ignorar en vuestra vida profesional.

Los errores de higiene, las preocupaciones y prejuicios populares y, en otra esfera, el abandono de la mujer, el problema de la natalidad ilegítima y sobre todo, la pavorosa cuestión del aborto criminal que amenaza las raíces vitales de nuestra raza, problema complejo, médico y social, moral y filosófico, a la vez que económico, y que no se resuelve con ordenanzas y artículos del Código.

Hay una infiltración morbosa en la conciencia femenina, una amoralidad que no explica la irreligiosidad creciente, pues he visto hacerse abortar mujeres anarquistas por las mismas profesionales que en el día habían ejercido sus habilidades en otras, fervorosas clientes de elocuentes directores espirituales.

¿Cómo oponerse a esta marea creciente que desborda en los hogares, que transforma el grave accidente de otrora en el simple incidente consentido, cuando no impuesto por quienes debieran tener más claro concepto de sus deberes y responsabilidades?

La limitación de la prole, es una cuestión susceptible de ser defendida; argumentos de gran valor pueden aducirse en su apoyo; pero resolverla de un mandoble, como entre nosotros ha cundido la costumbre, es criminal, como criminales son los medios que para ello se ponen en práctica.

Difundir la idea, científica y filosóficamente cierta, de que la vida existe desde el primer instante de la concepción, mucho antes de que un leve estremecimiento haga vibrar el organismo femenino ante la evidencia de la maternidad, es obra de Previsión social. Señalar el riesgo de muerte o de invalidez definitiva, corolario frecuente de las prácticas abortivas; luchar por todos los medios para convencer a tantas inconscientes, ignorantes o desviadas, que el aborto es tan criminal, como achatar a martillazos el cráneo del recién na-

cido; despertar el sentimiento maternal obnubilado pero no muerto en nuestras criollas; enseñar que el responsable de una maternidad debe participar materialmente y moralmente al sostenimiento de sus frutos; levantar el ánimo de la abandonada haciéndole palpar que si una moral atroz e inhumana la arroja de su hogar, aquí encontrará el puerto de refugio y podrá vislumbrar una regeneración cuya base será el ejercicio digno de su función social de madre. ¿No son acaso, los elementos de una misión que os seduzca, a vosotros que creo entusiastas porque sois jóvenes, y buenos, porque no habéis visto de cerca todo lo malo que son a veces nuestros mal llamados semejantes?

Esta Clínica por su funcionamiento, os dará ocasión de conocer el dolor en una forma a la que no estáis acostumbrados. La muerte, el simple peligro en el hospital, despojados del espectáculo que el hecho refleja en aquellos que la sangre o el afecto vinculan al que sufre, son apenas un incidente; un biombo, unos estertores, al día siguiente una cara nueva, y es todo!

Pero eso no es lo que vemos en la profesión y es lo que quiero que veáis conmigo. La angustia, la desesperación, las miradas que suplican, las palabras que imploran la salvación, o, por lo menos el consuelo, la presión que sobre vuestro ánimo va a ejercer, si sois buenos, si sois humanos, todo ese dolor familiar, agudo, desgarrador, como que a menudo es la vida de la esposa, de la madre la que peligra, y que ayudaréis a alejar o a mitigar no ya con una fría fórmula de indicación médica, sino con vuestra acción suave, de persuación, de aliento, de bondad, que os será tanto más dulce ejercer pues que recaerá sobre los pobres, los desvalidos, los vencidos de la vida; y cuando acojáis sus palabras de gratitud, creedles, porque ellos bien saben, que estarán siempre en deuda con vosotros; jamás supondrán, como tantos, que el agradecimiento se salda con los honorarios.

En ese ambiente aprenderéis un socialismo de buena ley, como que sabréis cuánta justicia falta aún en el mundo y cuán grandiosa es la idea de la solidaridad humana; y allí quiero llevaros, seguro de sembrar en vuestros cerebros, que a ve-

ces deforma superficialmente un dilettantismo pesimista, nociones y preceptos que contribuirán a hacer de vosotros, médicos en el sentido más noble y completo.

He aquí, pues, resumido el concepto que tengo de las funciones que la Facultad me confía y a las que quiero dedicar toda mi voluntad y, ¿por qué no decirlo? todo mi entusiasmo, pues a pesar del tiempo transcurrido créome capaz de sentirme subyugado por la misión de enseñar; en época lejana, cuando aún estudiante, en lo más íntimo de mí mismo sentía esa fuerza incontrastable: Querer, pero querer con una tensión constante, sin cambiar de derrotero, que me hacía vislumbrar la certeza de llegar a donde hoy estoy, algunos de mis compañeros sonreían con compasión sino con desdén.

Olvido hoy todo lo que estos veinte años significan de lucha, esfuerzos y amarguras, y al aceptar el día de hoy como punto de partida, creed que, sin egoísmo, con el placer intenso del que da lo suyo sin contar, os ofreceré lo mejor de mi mismo, con el único deseo de que un día, tal vez lejano, cuando frente a un caso clínico podáis resolverlo con los elementos que en mi clínica hayáis recogido, recordéis con afecto a quién en la clínica y en la vida profesional, más que vuestro maestro, — título por demás pretencioso — desea ser vuestro buen amigo.

Como síntesis de cuanto habéis oído, como voto personal ferviente por la acción que la Facultad debe desarrollar en vosotros, imprimiendo en vuestra mentalidad rasgos indelebles, terminaré esta ya larga exposición con una frase de Bretonneau, el genial clínico francés: "El valor del médico se aquilata, no tanto por su saber como por su carácter".

Junio 14 de 1915.

Diagnóstico precoz del embarazo normal y patológico

Van Swieten, en los albores del siglo XVIII, en una frase, cuya elegancia latina mal traduce la versión castellana, sintetizó la importancia del tema, banal en su enunciación, de que me ocuparé ante ustedes.

"Nada — decía el maestro holandés — pone más en peligro la reputación del médico, cuanto el diagnóstico del embarazo."

En efecto: los errores son pronta y fácilmente juzgados por la más profana persona; pero si el ridículo pasa y a veces se olvida, más graves y transcendentes consecuencias pudiera traer aparejada una opinión mal fundamentada o una conclusión temerariamente prematura.

Tres casos característicos les mostrarán en forma progresivamente agravada la exactitud de esta premisa.

En noviembre de 1913 fué llevada al Hospital Maciel una menor en la que se hizo el diagnóstico de embarazo de dos meses.

Recluída primero en el Asilo correccional del "Buen Pastor", pasó luego a un Refugio de embarazadas, en donde, sin ser sometida a examen médico alguno, fué retenida hasta la fecha que se presumía corresponder al 7.° mes de embarazo.

A los pocos días de haberme hecho cargo de la 1.ª clínica Obstétrica me fué enviada por que había tenido una pequeña pérdida vaginal sanguinea (abril de 1914).

La enferma me dijo haber tenido sus primeras relaciones sexuales en agosto de 1913 y su última menstruación normal en octubre siguiente, durando la pérdida sanguinea pocos días.

La amenorrea persistió hasta principios de marzo de 1914; una nueva pérdida se produjo a principios de abril y duró 4 días. Fué entonces cuando tuve ocasión de examinarla.

Tenía entonces algunas grietas dérmicas en la piel del adbómen, ligera pigmentación de la línea blanca y de la areola del pezón, en la que se notaban algunos pequeños tubérculos de Montgomery. Vientre flácido y depresible, muy ligera congestión pasiva de la mucosa vulvo-vaginal. Cuello duro y cerrado, orificio externo circular por el que salía un poco de sangre; cuerpo uterino de forma, dimensiones y consistencia propios de la vacuidad y nuliparidad, en ligera retroversión; anexos normales.

En resumen: la mujer no estaba ni parecía haber estado nunca embarazada. La clase social y el ambiente en que se ha desarrollado el asunto no le dan mayor trascendencia. Pero no es siempre así. En 1897 acudía una tarde a mi Clínica externa del Hospital Maciel una jóven de 15 a 16 años y me hacía la dolorosa historia siguiente: huérfana y criada por una familia de un departamento cercano a la Capital, apercíbese aquélla que la jóven está amenorreica y que su vientre crece rápidamente. A pesar de sus protestas no es creída, se la acusa de estar embarazada y cruelmente se la despide, enviándola a Montevideo para que "oculte su verguenza". La examino y no solamente compruebo que no hay embarazo sino que su virginidad es perfecta. La causa del aumento del volúmen del vientre es un quiste ovárico que extraigo pocos días después. Por un raro y clemente vuelco de la suerte, hoy es la respetable esposa de un alto comerciante.

En este error no intervino ningún médico, pero sus consecuencias inmediatas no fueron por eso menos lamentables.

Mac Donald, médico americano, es designado hace pocos años para practicar la autopsia de una mujer de 25 años que se suicida por ingestión de cloral. La historia es breve; tenía algunos trastornos menstruales y consulta a un médico, percibe éste el signo de Hegar y diagnostica embarazo, la mujer desesperada, ante las consecuencias posibles, se suicida.

La autopsia demuestra la ausencia de todo embarazo y la presencia de un mioma blando, muy vascularizado. En la pieza, sobre la mesa de autopsias, persiste el signo de Hegar!

Ven, pues, ustedes, como en gradación ascendente pasamos del caso que apenas merece un leve comentario y un pa-

ternal consejo, hasta aquel que conduce a la muerte voluntaria de una infeliz, enloquecida por la inevitable publicidad de su extravío.

Entre estos límites extremos caben todos los intermediarios y como alguna vez puede surgir hasta la responsabilidad penal del médico, muchos años hace que en mis cursos teóricos acostumbraba a distinguir el diagnóstico clínico del médico legal; no porque crea que la clínica nos exima de responsabilidades sociales y penales, sino porque la afirmación médico legal debe ser rotunda y categórica y para ello necesita fundarse en signos irrebatibles que en el caso presente no existen sino cuando pasada la primera mitad del embarazo da el feto signos evidentes de vitalidad, suficientes para afirmar absolutamente la existencia del embarazo.

Pero la clínica con frecuencia exige soluciones más precoces y obliga al médico a diagnósticos probables, que la experiencia demuestra suficientemente fundados para adquirir visos de relativa certeza.

Los textos corrientes rindiendo homenaje, a mi juicio exagerado a la tradición obstétrica, se detienen en signos y síntomas que pueden contribuir a la interpretación de los que el examen directo de la zona genital proporciona, pero en manera alguna los sustituyen, siendo precisamente el excesivo valor que el médico les atribuye a veces, la causa más frecuente de errores no poco ridículos.

La amenorrea es el más importante.

En principio y sin mala intención debemos siempre pensar en el embarazo, en toda mujer que en el período de fertilidad sexual tiene inopinadamente una suspensión menstrual.

Aunque de nada valen las infaltables protestas de honestidad y no pueden negarse que existen excepciones, éstas solo pueden aceptarse cuando el examen local es absolutamente negativo. Entre nosotros no es rara una amenorrea que llamaríamos casi "nostálgica"; en las gallegas, como en Estados Unidos de Norte América en las irlandesas, se observan irregularidades que cesan por lo general con la adaptación al ambiente. Las epidemias de gripe nos han dado ocasión de observar algunas "amenorreas de convalecencia";

pero no olvidemos que ésta también puede festejarse con la reiniciación de relaciones sexuales y sus naturales consecuencias.

La lactancia figura en posición prominente y conviene combatir la idea de que durante ella la concepción se dificulta; innumerables son los casos adversos a este prejuicio, fuente de errores a veces perjudiciales. Caben también los raros casos de concepción previa a la instauración menstrual. Pero más temible es el engaño; engaño involuntario de las menopáusicas sedientas de maternidad que se acogen al signo de su ineludible derrumbe sexual con todas las ilusiones de un inaplacado deseo; engaño traicionero y capcioso de las que niegan una amenorrea en la esperanza de un imprudente cateterismo uterino que las desembarace, sin responsabilidades, de un inoportuno óvulo fecundado.

Los signos de toxemia gravídica precoz — inapropiadamente llamados aún en muchos textos: signos simpáticos — son por demás variables e inconstantes para que podamos apenas fundar en ellos leves presunciones; pero su asociación con la amenorrea, en ciertos medios sociales en los que no es posible rudamente exigir un examen genital sin despertar legítimas resistencias, permite ir preparando a la familia a posteriores y dolorosas revelaciones.

Los signos de la zona mamaria (pigmentación areolar, tubérculos de Montgomery, secreción calostral y láctea) aparte de carecer de valor fuera del primer embarazo, pueden coincidir con estados en nada relacionados con la gravidez.

En la apreciación de los signos locales precoces de gravidez, dos circunstancias deben tenerse en cuenta: los caracteres propios de cada signo y su encadenamiento y evolución; en particular, esta última circunstancia es capital, pues que, según el momento de nuestro examen, no solamente el valor relativo de cada uno de ellos variará, sino también sus características propias, apareciendo, combinándose y desapareciendo según un ritmo cronológico, suficientemente regular para adquirir un valor diagnóstico decisivo.

Es menester convencerse que ninguno de los signos locales de embarazo normal reciente está fuera del alcance de la

habilidad manual de cualquier médico medianamente versado en las disciplinas ginecológicas. Esta afirmación tiene el doble valor de propiciar la adquisición de la sensibilidad tactil necesaria, y a la vez de incitar al médico general a la costumbre del examen local que si le aparta a veces del diagnóstico de un presunto embarazo, le facilitará, en cambio, el de lesiones que, como el neoplasma cervical, benefician extraordinariamente de su precoz descubrimiento.

Los signos locales precoces de embarazo, no son sino la exteriorización clínica de las modificaciones anatómicas y funcionales que el desarrollo del óvulo fecundado provoca en su zona de implantación y en todas aquellas solidarias fisiológicamente de ella.

Así pues, percibiremos modificaciones de forma, de color, de consistencia, de volumen, apreciaremos modalidades funcionales imperceptibles en el estado de vacuidad uterina; sucesivamente veremos aparecer, crecer y desaparcer unos signos para ser reemplazados por otros, casi siempre de una manera ordenada, pero sin que límites precisos señalen las diferentes etapas del proceso clínico.

La vulva y la vagina por su fácil accesibilidad constituyen el primer peldaño del examen.

La vascularización intensa que la implantación ovular provoca, se traduce por la aparición, a veces muy precoz, particularmente en las multíparas, de un tinte apenas opalino, de una especie de velo leve de color lila, sólo apreciable por comparación con las partes vecinas que aún conservan el matiz rosado-amarillento normal. Su sitio inicial de aparición es la región vestibular y la columna anterior de la vagina, y muy particularmente, el fondo de los surcos transversales de la mucosa vaginal.

Este signo descripto por Jacquemier en 1837, lo que no ha impedido que el alemán Lubhart lo describiera como propio en el "Zentralblat für Gynaekologie" en 1914, se va acentuando con el progresar del embarazo hasta dar a los órganos genitales externos de algunas mujeres un aspecto casi equimótico.

Si como signo de presunción y asociado a otros tiene al-

gún valor, lo pierde encontrado aisladamente, porque lo he observado en todos los casos de hipervascularización o hipostasis sanguínea pelvi-genital: tumores pelvianos, várices vulvares y varicocele pelviano, enfermedades cardio-vasculares no compensadas, enfisema, etc.

La exploración uterina, base y eje de todo diagnóstico, exige tomar algunas precauciones para dar el máximum de resultados. Vacuidad vésico-intestinal, postura adecuada (ginecológica de preferencia), abdomen fácilmente accesible por eliminación de ropas y ausencia de defensa o vigilancia muscular voluntaria o emotiva y completando estos requisitos, paciencia y delicadeza de parte del observador. Paciencia para esperar a veces, durante largos minutos, los cambios de consistencia del cuerpo uterino; delicadeza para apreciar ligeros matices diferenciales que en suma y en las primeras semanas, constituyen los precoces elementos de juicio.

La exploración del cuello uterino da dos signos de valor distinto. El primero, cambio de coloración, es semejante al signo de Jacquemier y su mecanismo de producción análogo; para él rigen las mismas restricciones que para los cambios de coloración vulvo-vaginales.

Johnson, en 1904, describió un signo cuyo valor no he tenido ocasión de comprobar, y que consiste en alternativas de congestión y palidez de la porción vaginal, coincidiendo con las contracciones y relajaciones del cuerpo. Como signo accesorio tal vez convendría investigar su valor.

El otro signo: reblandecimiento progresivo, tiene más valor. Pajot, maestro en comparaciones, decía que la sensación obtenida tactando un cuello grávido de los primeros meses es semejante a la que produciría tocar una mesa al través de un tapiz.

Pero si esta sensación es la que corresponde al momento de su mayor nitidez (4.° mes), no debe olvidarse que cuando se inicia (4.ª a 6.ª semana), el reblandecimiento es sólo periostial, limitado a pocos milímetros alrededor del orificio externo del cuello. Su mecanismo de producción es fácil de comprender; el reblandecimiento cervical es concéntrico, de suerte que durante 12 a 16 semanas persiste aún un núcleo interior, un verdadero carozo resistente que da lugar al signo

¿Qué valor tiene el reblandecimiento del cuello? Mucho, si estamos ciertos de una amenorrea persistente, discutible si la enferma tiene una cervitis aguda o pierde sangre desde algunos días. En efecto, durante la menstruación o las metrorragias, es posible percibir un ligero grado de reblandecimiento cervical periférico. Pero es en las modificaciones del cuerpo en las que se puede con más precisión fundamentar el diagnóstico precoz del embarazo.

Bajo la influencia de la implantación ovular, el útero aumenta de volumen, se ablanda, cambia de forma y tiene contracciones perceptibles.

1.° Aumento de volumen: cuando examinamos una enferma conocida, es muy fácil determinar ligeros aumentos de gran valor diagnóstico; en cambio, en las condiciones opuestas, tenemos a veces que esperar 15 o 20 días antes de poder pronunciarnos sobre su valor absoluto. Hay úteros que sin estar enfermos son grandes (multiparidad, subinvolución, retrodesviaciones), y en ellos no es posible en un primer examen afirmar su vacuidad. La importancia verdadera del signo estriba en su evolución, sin olvidar que con alguna frecuencia el aumento de volumen del útero, parece hacerse en empujes sucesivos de crecimiento, separados por aparentes períodos de reposo.

2.° Reblandecimiento: aunque desde el comienzo del embarazo hay hipertrofia de las paredes uterinas, la sensación que éstas pudieran dar, está equilibrada por el reblandecimiento ligado a la vascularización e imbibición tisular.

Desde 1900 en mis cursos teóricos de la Facultad de Medicina, he descripto un signo que precede al signo clásico de Hegar, a veces de una o dos semanas, y que en 1907, he visto publicado por Ladinsky. La sensación a que me refiero, localizada a la cara anterior y porción ístmica, es para mí comparable a la que se obtendría palpando la palma de la mano, calzada con guante de goma grueso, mantenido tenso por extensión forzada de los dedos.

Cuando el útero está en su anteverso-flexión fisiológica, este signo percíbese muy precozmente (5.ª a 7.ª semana), a poco que la enferma se preste al examen. El vaginismo, el

recargo abdominal parietal dificultan y a veces pueden imposibilitar su percepción. Pero de todos los signos uterinos ninguno ha adquirido un valor tan decisivo como el que Reinl describió en 1884, con material recogido en la clínica del profesor Hegar.

Para comprenderlo y describirlo, menester es imaginarse el útero grávido hasta la 9.a o 10.a semana.

Podemos considerar el órgano como dividido en tres zonas: una inferior, el cuello, de consistencia poco modificada; una superior, el cuerpo rellena por el huevo, renitente a la manera de un quiste regularmente tenso; una intermedia, el istmo, vacío aún, pero ya reblandecido por imbibición.

Si palpáramos ese órgano extraído del vientre, fácil nos sería distinguir las tres porciones, claramente limitables por su diferente consistencia; más aun si estrujáramos la porción intermedia, la sentiríamos borrarse bajo la presión de los dedos.

Pues eso mismo podemos obtener en el examen clínico, si éste se realiza en favorables condiciones.

Si colocada la enferma en decúbito dorsal practicamos el tacto vaginal y la palpación abdominal simultáneamente, obtendremos las sensaciones más arriba descriptas.

La depresibilidad de la región ístmica, cuya blanda consistencia contrasta con la dureza elástica del cuello y la renitencia quística del cuerpo, constituye el ya clásico signo de Hegar, cuyo valor asombra ver discutido por maestros de la talla del profesor Pinard.

El signo de Hegar debe ser considerado como un signo capital de embarazo reciente. ¿Pero es su valor decisivo y absoluto? Así lo consideran muchos, y así lo consideraba yo también hasta que un hecho fortuito hizo surgir algunas dudas en mi espíritu. Hacia fines de 1902, fuí consultado confidencialmente sobre un presunto caso de supresión de recién nacido. Se trataba de una joven a quien se acusaba de haber hecho desaparecer a su hijo después de un parto prematuro clandestino en casa de una partera, maestra en esta clase de aventuras. Interrogada por mí, la acusada negó absolutamente el hecho que se le imputaba, confesando solamente ha-

ber tenido relaciones sexuales y creerse en vías de abortar; según ella, su última menstruación databa de 10 a 12 semanas. Examinada, encontré carúnculas dudosamente mirtiformes, lo que no debe extrañarnos, pues el feto prematuro y de peso mínimo (1600-1700 gramos, como pude informarme en el Asilo de Expósitos, adonde había sido enviado), no había exigido gran ampliación vagino-vulvar. El cuello cerrado daba salida algunas mucosidades sanguinolentas, y el cuerpo del tamaño de un puño, en anteversoflexión normal, daba sensaciones que abonaban las afirmaciones de la enferma.

El signo de Hegar era claro, todos los signos físicos correspondían a un embarazo de 2 a 3 meses. En los senos había leche, lo que no debía extrañarnos si como era de presumirse el huevo estaba muerto y en vías de ser expulsado.

Quedé realmente perplejo por la discordancia entre los datos obtenidos por el examen y las resultancias de la investigación policial. Este estado de cosas duró poco, porque la matrona, cuya discreción se había pagado a buen precio, arrinconada por un comisario ducho en interrogatorios, cantó de plano toda la historia. La jóven había tenido un parto prematuro unos 11 días antes de mi primer examen.

En exámenes sucesivos vi como se reconstituía el útero en su forma, dimensiones y consistencia normales y cuatro semanas después nada diferenciaba ese útero de cualquier otro sano y vacío.

¿Era pues posible, encontrar un clásico signo de Hegar fuera de la gravidez?

Consulté infructuosamente la literatura de entonces y proseguí durante varios años mis investigaciones bibliográficas, a la vez que robustecía mi experiencia clínica.

Reservé mis conclusiones hasta 1915, que presenté a las Reuniones Gineco-tocológicas de la casa de la Maternidad, una breve nota sobre el signo de Hegar, del puerperio, con una somera estadística de 20 casos, de los que en 18 (entre el 7.° y 13 día del puerperio) este signo era positivo.

En esa comunicación insistía sobre el valor clínico y médico legal del mencionado signo cuando se observaba durante el puerperio.

Posteriormente, uno de mis colaboradores, el doctor Colistro, Asistente de la clínica Obstétrica, presentó al primer Congreso Médico Nacional (Montevideo, 1916) un trabajo fundado en el estudio de cien casos tomados indistintamente en el Servicio entre los 7 y 20 días del puerperio. Sus cifras coinciden sensiblemente con las mías (82 %) y los 18 casos en los que no se encontró, responden: 13 a puérperas en las que el examen se practicó muy precozmente, pudiéndose en dos de ellas, que concurrieron a la Policlínica externa, comprobarse su aparición; dos enfermas excesivamente obesas y de difícil examen, y tres a retrodesviaciones irreductibles en el momento del examen.

Podemos, pues, afirmar, que el signo de Hegar, con sus caracteres clásicos, es susceptible de aparecer en determinado momento del puerperio e inducir, por lo tanto, a error.

¿Cómo explicar su aparición y evolución? Durante la primera semana del puerperio, la reconstrucción de los varios segmentos del canal genital, en los casos normales, se hace paralelamente de suerte que los cambios de consistencia son simultáneos en toda su extensión. Más tarde, es decir, entre el octavo y décimo quinto día, el cuello que ha recobrado su longitud normal, ha ganado en consistencia; igual cosa pasa con las porciones mediana y superior del cuerpo uterino, cuyas paredes mucho más musculares, y que no han estado sometidas a gran distensión parturiente, adquieren mayor consistencia que la región ístmica; esta, cuyas paredes son mucho menos espesas, da una sensación de blandura y delgadez que contrasta con la de las regiones adyacentes. Si a eso se agrega que la flacidez de la pared abdominal en su cuadrante inferior facilita la aprehensión del útero entre la mano que tacta y la que palpa, se comprenderá fácilmente por qué las sensaciones son precisas, particularmente si el útero conserva su situación normal en anteversión.

En el curso de la tercera semana, el aumento de consistencia de la región istmica, lo homologa con el resto del cuerpo, siendo después de esa fecha más difícil percibir el signo ya descripto; solo es posible hacerlo cuando la subinvolución retarda la regresión uterina fisiológica. Podemos deducir, pues, que la reaparición del signo de Hegar en la segunda semana y su desaparición a fines de la tercera, son un exponente de involución uterina correcta.

No ha dejado de asombrarme el silencio bibliográfico sobre un hecho de fácil percepción y contralor, y que sólo puede atribuirse a que aún no ha entrado en las costumbres médicas, ni siquiera en muchos servicios especiales, el examen metódico y sistemático de toda puérpera en el momento de ser dada de alta. A esta práctica aplicada sin excepciones en mi Servicio Clínico, debo inapreciables ventajas, particularmente del punto de vista de los trastornos post-puerperales genitales cuya profilaxis y tratamiento son tributarios de su descubrimiento precoz.

¿Como distinguir el significado del signo de Hegar en los casos que una anamnesis maliciosa o descuidada arroja dudas en el espiritu? Tanto en el puerperio como en el embarazo el signo de Hegar desaparece; aqui la noción de la evolución ya señalada adquiere su importancia. Así como en el puerperio aumenta la consistencia de los diferentes segmentos uterinos y se acompaña de una disminución de volumen, en el caso de gravidez el cuello va reblandeciéndose cada vez más, mientras que el cuerpo va adquiriendo, a la vez que más volúmen, esa consistencia casi fluctuante que carácteriza a los úteros del cuarto al quinto mes. En caso de duda, una prudente espera solucionará el caso; no en balde Depaul decía en una de sus clínicas: "le temps fait les meilleurs diagnostics".

Pero es que aún fuera de todo embarazo puede encontrarse dicho signo. Muy recientemente ingresó a mi servicio una armenia imposible de interrogar por ignorancia de nuestro idioma con un síndrome hemorrágico moderado y datos muy dudosos de una reciente menstruación. Después de reiterados exámenes llego a un diagnós-

tico oscilante entre quiste de ligamento ancho y mioma uterino edematoso, a pesar de que la histerometría daba solo 8 centímetros.

Al abrir el vientre tenemos, operador y espectadores la ingrata sorpresa de ver aparecer un útero regular, violáceo, blando y con un clarísimo signo de Hegar, obtenido por palpación directa del órgano, oblicuamente dirigido de derecha a izquierda y de abajo a arriba. Pienso de inmediato en el error posible motivado por la existencia de un embarazo angular. Para salir de dudas hago dos punciones capilares negativas y que dejan la impresión de que la aguja atraviesa una pared gruesa. Me decido a practicar una histerectomia subtotal y el edema subperitoneal es idéntico al que se observa durante el embarazo.

Con la pieza en la mano no era aún posible negar el embarazo; felizmente su sección demostró la existencia de un mioma del tamaño de una naranja, muy edematoso y con algunas geodas llenas de una substancia gelatinosa. El resto del cuerpo uterino también edematoso tenía la consistencia del órgano grávido vacío, lo que explicaba que por contraste con la consistencia mayor del mioma, el signo de Hegar se produjese en forma incontrastable.

En resumen y a pesar de poder observarlo siempre en el puerperio reciente y excepcionalmente fuera de todo embarazo, como lo demuestra el lamentable caso de Mac-Donald, el signo de Hegar claramente percibido y vigilado en su evolución es uno de los mejores signos hasta ahora descriptos para el precoz diagnóstico que nos ocupa.

Intimamente ligado al mecanismo de producción del signo de Hegar encuéntrase el descrito por Mac - Donald hace algunos años y que consiste en la posibilidad de imprimir al útero un movimiento de flexión, cuya charnela estuviera situada al nivel del istmo.

El signo de Mac - Donald se encuentra, en los casos favorables, con tanta frecuencia como el de Hegar, pero creo que sea algo menos precoz que este último; para su percepción clara se necesitan también ciertas facilidades de examen (vagina amplia, vientre de paredes no muy gruesas, ausencia

de defensa muscular) que limita casi a las multíparas su radio de utilidad.

Aunque sujeto a error, porque estados patológicos ajenos al embarazo (mioma, quiste hidático) pueden modificar la forma del útero, el cambio de forma, relacionado con los signos que acabamos de describir, adquiere un valor considerable.

El útero vacío es de la forma, tamaño y consistencia de un higo o de una pera verdes; su distensión por el huevo lo hace globuloso, para terminar siendo ovoideo al final del embarazo.

Esta forma globulosa, fácilmente perceptible cuando la pared del abdomen es complaciente, da lugar a una sensación de "ocupación" de los fondos de saco antero laterales que más de una vez encarrila hacia el diagnóstico de un embarazo reciente.

Casi simultáneamente con la aparición del signo de Hegar, a veces un poco más tarde (9.ª a 10.ª semana), es posible percibir cambios de consistencia uterina que responden a la exageración de su contractilidad. La sensación ha sido comparada a la que se obtendría teniendo un cobayo en la palma de la mano y provocando el característico enarcamiento del lomo del animalito apelotonándose en defensiva.

La contracción de las primeras semanas se caracteriza por su poca frecuencia y su lentitud; a veces hay que tactar ocho o diez minutos amasando suavemente el órgano antes de percibir la contracción y una vez producida tarda también un rato en desaparecer. La percepción clara y precisa de una contracción es de un gran valor. Por excepción la he encontrado una vez en un mioma puro, intraligamentario, que coexistía con un embarazo.

La débil excitabilidad de la fibra uterina en el comienzo del embarazo quita a este signo el valor que en realidad tiene; es tan moderado a veces el cambio de consistencia que el observador puede quedar en la duda. Existe para estos casos un medio de provocar una enérgica contracción, susceptible de disipar toda duda; basta inyectar por vía endovenosa

3 o 4 gotas de solución de extracto hipofisiario posterior para ver aparecer el signo. Y es tal la importancia que debemos darle como signo decisivo de embarazo, que bien podemos pasar por encima de los pequeños inconvenientes de la administración endovenosa del estracto hipofisiario posterior.

Como ven ustedes en los casos favorables, que son los más frecuentes, existe un conjunto de signos que permiten al médico no especializado diagnosticar con suficiente precocidad, precisión y probablidad un embarazo en el curso del segundo mes.

La existencia de una amenorrea brusca, acompañada de la percepción de la elasticidad de la cara anterior, del signo de Hegar - Mac - Donald y de contracciones uterinas, la observación paciente de la evolución característica de cada uno de estos signos serán los elementos clínicos en que se fundará una opinión, que permita resolver las múltiples cuestiones que origina el comienzo de todo embarazo.

Pero no siempre es la clínica tan clemente con el médico, presentándole los casos de tal suerte que no tenga que optar sino entre la vacuidad uterina y el embarazo; para que esto suceda es menester que el útero esté sano y la gravidez sea normal. Alejándonos de estas circunstancias la situación va complicándose más y más hasta ser en algunos casos irremisiblemente insoluble.

Los signos que acabamos de describir corresponden a la implantación del huevo en plena cavidad uterina, pero como no siempre es así, como a veces el huevo detiene su migración en la vecindad del ostium tubario proximal, los signos de embarazo pueden modificarse suficientemente, por lo menos durante un tiempo, para dejar perplejo al observador.

Esta variedad de implantación que lleva el nombre de "embarazo angular", merece particular atención, pues ella es susceptible de confundirse con la más temible de las implantaciones ectópicas: el embarazo intersticial. El útero que contiene un embarazo angular se caracteriza en primer término por la irregularidad de su forma; al tipo globuloso regular fisiológico reemplaza un tumor irregular cuya protube-

rancia lateral lo ha hecho comparar a la de una cara portadora de una fluxión dentaria. En estas condiciones el signo de Hegar no ocupa su situación normal sino más bien una línea oblicua del asta uterina vacía al borde del lado ocupado, apareciendo también algo más tardíamente que en las condiciones habituales; pero como en el embarazo intersticial las condiciones son análogas, grandes pueden ser las dudas, aún para especialistas avezados, si las condiciones de examen no son favorables, y el diagnóstico puede quedar en suspenso.

Por lo general, en 15 o 20 días las dudas desaparecen; el huevo va llenando poco a poco el resto de la cavidad y el órgano grávido recobra el aspecto fisiológico; doy, por mi parte, también gran importancia a la comprobación de contracciones claras en la porción angular, pues no las he encontrado en los dos únicos casos de embarazo intersticial que he podido diagnosticar antes de su ruptura.

La dificultad de percepción y la enorme importancia diagnóstica y pronóstica de estos signos obligan a una delicadeza de tacto y una paciencia de observación bien compensadas, si se piensa que la vida de la enferma depende de la precocidad de un diagnóstico fundado.

Alejándonos más del tipo normal encontraremos en la mola hidatiforme una ocasión útil de diagnóstico precoz, pues sobre toda enferma portadora de embarazo molar, se cierne la gravísima amenaza del sincicioma maligno,. Bien conocidos son los signos clásicos: hemorragia, exageración del volumen uterino en relación a la edad presente del embarazo, expulsión de vesículas; frente a ellos el diagnóstico se impone pero a veces tan tardíamente que la invasión o la perforación de la pared uterina se ha producido, o que una anemia de difícil curación colocan a la enferma en malas condiciones de restablecimiento o ponen en peligro su vida.

De la observación de un número considerable de molas deduzco que es posible el diagnóstico antes de la confirmación de los llamados signos clásicos.

En una época muy precoz (7.ª a 8.ª semana) el útero molar es de una blandura excesiva; de mayor volumen ya de lo que correspondería a la amenorrea, lo he visto algunas veces

fluctuante hasta el punto de haberme hecho una vez pensar erróneamente en un hidramnios precoz. Más tarde (9.ª a 12.ª semana) aparece un signo, para mí hasta ahora, constante.

Pálpase un útero de esta clase y la primera impresión es de estar frente a un útero grávido miomatoso, y tal es por lo general el primer diagnóstico; pero pocos días después con gran sorpresa el presunto mioma ha cambiado de sitio, la zona ayer renitente es hoy dura y en el sitio consistente una blandura de masilla se ofrece al dedo.

¿Cómo explicar estas discordancias? Es que el útero molar es asiento de alternativas de contracción y de relajación zonulares, que en exámenes sucesivos dan lugar a esas desconcertantes comprobaciones. Las contracciones parciales persisten largo tiempo y cuando aparecen las primeras hemorragias facilitan el diagnóstico que justifica la precoz y previsora evacuación uterina.

De unos años a esta parte la semeyótica molar se ha enriquecido con un nuevo e importante signo: la presencia de las alteraciones bilaterales poliquísticas de los ovarios. Lo frecuente de la asociación: mola - ovario poliquístico, que ha dado lugar a nuevas interpretaciones patogénicas, da gran importancia a su búsqueda; la rápida evolución de las lesiones anexiales en mujeres exentas de pasado patológico es un excelente elemento de juicio. Hay, pues, ventajas en incorporar a las descripciones clásicas los tres nuevos signos: fluctuación uterina, contracciones zonulares y alteraciones ováricas, que reunidos y bien observados permitirán adelantar de algunas semanas la intervención aconsejada hoy por todas las escuelas.

La coincidencia del mioma uterino con el embarazo es una fuente de serias dificultades; la situación, la forma, las dimensiones de los tumores modifican de tal suerte los signos fisiológicos de la gravidez, que el diagnóstico, en algunos casos imposible, es por lo menos siempre difícil y retardado, más de una vez hasta el momento que signos evidentes de la existencia fetal (movimientos, latidos) corroboran la sospecha que una amenorrea imprevista hizo concebir.

Pero si esta amenorrea que aparece inopinadamente en

una mujer, por lo general menorrágica, tiene gran importancia, la pierde en los casos de miomas intersticiales o subserosos de tipo silencioso. El error en uno u otro sentido es fácil de cometer y contados son los grandes laparotomistas que no han tenido que cerrar algún vientre abierto con propósito de histerectomia.

Ciertas degeneraciones o alteraciones del mioma pueden simular de tal manera el embarazo que con vientre abierto se puede aún titubear.

Recuerdo un caso de mioma edematoso en el que sólo un nódulo fibroso había escapado al reblandecimiento hasta el punto de simular una cabeza fetal peloteante en el fondo y que me había sido enviado con el diagnóstico de embarazo de 6 meses y feto muerto. Llegué después de varios exámenes al diagnóstico de mioma, y sin embargo, en la laparotomia el aspecto del tumor era tan semejante que con mi colega el doctor Bottaro titubeamos algunos minutos antes de proceder a su ablación.

Hace algunos años el doctor Polak, en la Sociedad de Ginecotocología de Brooklin, en una discusión sobre esta clase de errores, relató un caso personal en el que volvió a cerrar el vientre convencido de haber tomado un embarazo por un mioma, reoperando algunos meses más tarde, cuando confirmó su primer diagnóstico.

Compréndese fácilmente cuán difícil debe ser percibir leves modificaciones de volumen, consistencia, contractilidad en órganos deformados, en los que a menudo los tumores residen en las zonas que más precozmente ofrecen los signos ya descritos en embarazo normal.

Prolongaríamos en demasía esta lección insistiendo en causas más raras de dificultad, pero no es posible darle cima sin hablar de un diagnóstico diferencial, al que nos hemos apenas referido hace algunos momentos.

Hasta el resurgimiento de la ginecología operatoria el embarazo ectópico era considerado una verdadera rareza; a la luz de las innumerables laparotomias de estos últimos 30 años y de una perfecta exploración ginecológica sabemos que esta eventualidad siempre seria, a menudo grave y algu-

nas mortal, es de una relativa frecuencia. ¡Cuántas veces un examen no da la clase de tal vago síndrome abdómino-pelviano, por cierto bien lejano de la dramática descripción de los libros!

Pero si más de una vez la inserción tubaria del óvulo reduce su exteriorización clínica a algunos dolores, a una irregularidad menstrual, a un moderado exudado del Douglas, no tenemos que olvidar que signos clínicos muy semejantes pueden preceder a esta "indisposición" de breves días, como a la brutal inundación peritoneal que puede matar a una mujer en pocas horas.

Aceptando la fórmula elegante y exacta del profesor Pinard: "todo embarazo ectópico debe ser operado", con lo que se deja librado al criterio del cirujano y a la evolución del caso la oportunidad de la intervención, que algunas veces puede y debe ser postergada, podemos, para el caso de embarazo ectópico precozmente diagnosticado, agregar: todo embarazo ectópico descubierto antes de los accidentes que por lo general perturban su marcha, debe ser operado inmediatamente.

Es esta una noción que debe implantarse sólida y definitivamente en el cerebro de los futuros médicos; una obediencia estricta a esa ley podrá de cuando en cuando dar lugar a una laparotomia inútil, pues así como la disimulación, existe también la simulación del embarazo ectópico (aploplegía tubaria, rotura de quistes hemáticos, torsiones anexiales, etc.), pero en cambio salvarán numerosas existencias comprometidas por la presencia de un estado patológico cuya evolución nadie es capaz de prever.

Mucho hay que retocar en la descripción clásica del embarazo ectópico: impresionados los autores por la magnitud del síndrome de amplia rotura tubaria, han trazado un cuadro verdadero, pero que por su violencia amenaza descarrilar al clínico cuando aquella, por una apariencia menos ruidosa, evoluciona por etapas hacia situaciones que a la postre resultan tan graves y a las veces mas complicadas que la simple inundación peritoneal.

Insisten los libros en la importancia de la amenorrea, tal

vez mas con un concepto doctrinario que clinico; esta amenorrea existe, pero deben saber ustedes que numerosos son los casos de accidentes gravísimos que no han sido precedidos por la supresión menstrual, aunque de estos convenga deslindar aquellos en los que una metrorragia atípica ha simulado más o menos la menstruación ausente; débese pues, insistir en los caracteres de las últimas pérdidas, recabando con la mayor precisión si la duración, cantidad y época de aparición se superponen a las que acompañan el ritmo normal

Como con alguna frecuencia será antes de todo accidente y sólo en la sospecha de un embarazo que seremos llamados a opinar, veamos en qué fundaremos nuestro pronóstico.

Desconfíen ustedes de las mujeres estériles y en particular de aquellas que han permanecido tales después de uno o pocos hijos y no han recurrido a los conocidos fraudes anticoncepcionales; esta esterilidad es la firma de un proceso levísimo de salpingitis, susceptible de dejar alteraciones de calibre, de forma, de dirección, erosiones epiteliales que explicarán años más tarde la implantación ectópica del huevo.

Si, pues, en una mujer que nos da una anamnesis semejante y en cuyo pasado próximo no encontramos nada que nos haga pensar en una infección genital y en particular en su dolorosa, casi típicamente dolorosa, localización anexial, mucho debe alarmarnos la existencia de una tumefacción tubaria por lo general bien limitada, indolora o casi, al principio de una dureza elástica, y que sólo más tarde, cuando fisurada y rodeada de exudados sanguíneos y pseudo membranosos, cambiará esos caracteres hasta perderse en esas enormes masas que caracterizan el hematocele. Con más razón pensaremos en la implantación extra - uterina si la mujer que examinamos ha tenido anteriormente otro embarazo ectópico.

Leves son las modificaciones que el útero presenta en esta época; a lo sumo un poco de aumento de volúmen y un reblandecimiento cervical periostial, salvo los casos de embarazo intersticial a los que nos hemos referido tratando el embarazo angular. Es en la evolución de la tumefacción anexial, de rápido y silencioso desarrollo que fundaremos nuestras sospechas, justificadas al extremo si se piensa cuán excepcional-

mente en ese período de su evolución pueden otras afecciones de los anexos presentar una análoga semeyología.

Pasado este período de latencia, entramos de lleno en la descripción bien conocida: son las crisis dolorosas, las lipotimias, la disuria y la disquecia, la elevación y la anteposición uterinas, los exudados pelvianos que pocas dudas dejan en el espíritu, período que repito, no debemos dejar llegar.

De ahí la necesidad en toda mujer que sospecha o en quien sospechamos una gravidez, de practicar un examen genital completo, único medio de apartarla de un peligro que sólo el conocimiento exacto de su estado puede sortear.

¿Vale la pena de hablar de los falsos embarazos, de los embarazos fantasmas? No; para ellos es siempre cierta la frase de Pajot: "Il n'y a pas de fausses grossesses, il n'y a que des erreurs de diagnostic".

De lo expuesto resultará evidente para ustedes que en la inmensa mayoría de los casos estamos precozmente habilitados para formular el diagnóstico clínico del embarazo, pero no es menos cierto que alguna vez motivos sociales, situaciones clínicas que exigirían una perentoria respuesta, nos encuentran desarmados e impotentes para resolver satisfactoriamente el problema.

No creemos que en lo sucesivo la exploración sistemática de la región genital pueda agregar nuevos signos a los ya descriptos, y aún si así fuera para los casos normales, quedan los oscuros casos patológicos, a cuya solución muchas veces marchamos un tanto a ciegas; abonan mis dichos los embarazos ectópicos y los miomas coexistiendo con la gravidez. ¿Debemos entregarnos a un nihilismo desalentador? ¿Será siempre en estos casos un enigma el diagnóstico?

Encarrilada la Ginecotocología en vías realmente científicas, no podía substraerse al movimiento que arrastra a toda la Medicina a un nuevo avatar del Humorismo, vencido o renaciente, según las fluctuaciones históricas del arte de curar. Las delicadas reacciones biológicas que las teorías de Ehrlich y las demostraciones de Bordet, Gengou, Wassermann,

Abderhalden, tanta luz han esparcido sobre cuestiones enmarañadas y de solución hasta ahora imposible, tienen en la Obstetricia campo de aplicación de subido interés.

¿Cómo suponer que el desarrollo del óvulo fecundado que tan variados e importantes cambios provoca, no solamente en la zona genital sino en el organismo entero, pueda no dejar como huella de su paso modificaciones humorales susceptibles de ser reveladas por métodos de laboratorio de aplicación corriente?

No otra cosa representan las tentativas incompletas pero instructivas de Abderhalden, Kiutzi, Malona, Ceola. La vía que nos han mostrado está llena de promesas; los trastornos clínicos, a las veces graves, que acompañan las primeras fases del desarrollo ovular, las modificaciones profundas de algunos órganos, tales que pueden llegar a ser de consecuencias mortales, abogan en favor de la existencia de sustancias circulantes emanadas del huevo, o procedentes de reacciones humorales, o a los que da nacimiento la reacción tisular que anatómicamente demuestra la defensa materna contra las propiedades hemo y citolíticas de la vellosidad corial joven.

Pero si esta orientación hasta ahora ha sido de infructuosos resultados, de poco tiempo a esta parte ha surgido, con caracteres que le asignan un valor diagnóstico indudable, una nueva técnica fundada en la acción de ciertas sustancias de origen endocrínico que muy precozmente aparecen en la orina y en la sangre de las embarazadas.

Es al fracaso de la utilización de la hormona ovárica como sustancia indicadora de una preñez, que debemos una vasta serie de investigaciones sobre otras hormonas y que por descartamiento progresivo llevó al descubrimiento trascendente de la acción de la pre - hipófisis sobre el aparato genital. Aunque conocidas y descriptas de mucho tiempo atrás las relaciones hipofíso - genitales, es a las investigaciones de Evans, Long, Smith, Engle y sobre todo a las de Ascheim y Zondek que debemos la determinación de un hecho y el establecimiento de una técnica, que apenas hoy en sus comienzos, señala una etapa en el estudio del diagnóstico del embarazo.

El mérito de estos autores es: 1.°, el de haber establecido que

la influencia de la hormona ovárica sobre el aparato genital es secundaria a la que sobre el ovario ejerce la pre-hipófisis y 2.° que muy precozmente circula en la sangre y se vierte en la orina de las grávidas una cantidad abundante de hormona prehipofisiaria, utilizable para despertar en animales impúberes una extraordinaria actividad genital.

Parece que el estracto femenino pre-hipofisiario no tiene una acción electiva sexual, pues excita de igual manera el aparato genital de machos y hembras, así como la prehipófisis de los machos excita a su vez el aparato sexual de las hembras. Aunque Ascheim y Zondek describen tres etapas en las modificaciones de los ovarios de las ratas impúberes solicitados por la hormona prehipofisiaria contenida en la orina de las grávidas, sólo deben considerarse como índice positivo: 1.° la intensa hiperemia ovárica con formación de hemorragias foliculares microscópicamente visibles y 2.° la luteinización de las células de la theca y de la granulosa con formación de cuerpos amarillos atrésicos. Mucho facilita el empleo de este medio diagnóstico el hecho, comprobado por mis asistentes, los doctores Rago y Martínez Olascoaga y el bachiller Morató, que son de más fácil comprobación las modificaciones provocadas en las vesículas seminales de ratones machos.

Aunque recientes los trabajos de Ascheim y Zondek han tenido gran repercusión y de múltiples publicaciones se desprende el notable valor diagnóstico de la prueba.

Con rara uniformidad todos los autores, aunque reconocen que la técnica es delicada y requiere cierto aprendizaje, afirman que los resultados compensan estos pequeños inconvenientes y que la reacción permite el diagnóstico en más del 95 o|o de los casos normales y en una proporción crecida de casos oscuros (embarazo ectópico, mioma y embarazo, amenorreas no gravídicas, etc.).

Estamos, pues en posesión de un valioso método de diagnóstico que debe ser experimentado ampliamente y que todo induce a pensar que entrará definitivamente en el ejercicio de la Clínica.

Quédanos aún otro procedimiento diagnóstico que hasta

ahora no ha dado lo que desde el descubrimiento de Roentgen, se esperaba de él; quiero referirme al radiodiagnóstico del embarazo.

Así como en la segunda mitad constituye un procedimiento invalorable pues que no solamente resuelve el problema de la existencia del embarazo, sino también un sinnúmero de problemas conexos (número y situación de los fetos, malformaciones uterinas y fetales, etc.), en la primera mitad. hasta el momento actual , poco podemos esperar de él.

Se ha querido utilizar la metrografía por inyección de sustancias opacas en la cavidad y autor ha habido que afirma no haber provocado nunca una interrupción de embarazo con la introducción de lipiodol, pero grandes son nuestros temores de que en manos menos hábiles se obtuviera ese resultado adverso. Pero hay además una objeción de orden anatómico que vicia los resultados obtenidos y hace surgir grandes dudas sobre su exactitud.

La inyección de lipiodol en la cavidad y la percepción de irregularidades de forma solo son posibles mientras el huevo no llena por completo la cavidad, es decir, hasta diez semanas, contando generosamente. Pasada esa época, fusionadas las caducas en su totalidad, la inyección no es posible sin el desprendimiento traumático del huevo.

Por eso y hasta que más perfeccionadas técnicas hagan posible la percepción del embrión, hasta ahora, radiográficamente diáfano, no podemos contar con los rayos Roentgen para resolver el problema, tantas veces arduo, del diagnóstico precoz del embarazo.

Como se ha visto los métodos biológicos han adquirido recientemente una inesperada importancia, pero como su aplicación exige material y personal solo disponible en las grandes ciudades, para el médico práctico y en particular para el que ejerce en las soledades de nuestra campaña, la vieja clínica, la clínica de los cinco sentidos servidos por el buen sentido, queda siempre como maestra conductora y dada la relatividad frecuente de las conclusiones del laboratorio, sujetas aún a error por conocimiento incompleto de la naturaleza íntima de muchos fenómenos patológicos y aún

fisiológicos de nuestro organismo, en caso de duda es a las conclusiones que aquella nos conduzca que deberemos dar la preferencia.

Y en asuntos como el diagnóstico precoz del embarazo, que tan serias consecuencias puede traer aparejadas, hasta momento actual, será la clínica prudentemente interpretada la que nos salvará de dar razón al aforismo de Van Swieten, que a través de casi dos centurias de historia médica merece continuar figurando como epígrafe y conclusión del tema que ante ustedes hemos abordado, exponiendo el concepto que sobre él tenemos.

Consideraciones clínicas sobre el embarazo angular uterino y del ectópico intersticial

Cuando de la breve enseñanza clínica escolar de la Ginecotocología se pasa al ejercicio lleno de responsabilidades de la profesión médica, obsérvanse hechos que no cuadran exactamente con las límpidas nociones clásicas, que por constituir la síntesis de los casos corrientes, adolecen del defecto de no adaptarse con inatacable exactitud a determinados casos aislados, cuya interpretación deja perplejo al observador, sea que éste se dedique a la Medicina general o actúe en una zona ajena a sus preferencias.

El estudio reiterado de estos casos extraños — solo posible a los que por su especialización pueden disponer de abundante material clínico — es el que permite poco a poco constituir esas entidades nosológicas nuevas, que solo tienen de tales el haber sido extraídas del grupo incompletamente inexplorado en el que anteriormente yacían confundidas con otros tipos vecinos o semejantes.

Mi ya larga actuación me ha permitido ver constituirse poco a poco la semeyótica del embarazo precoz y prolongadas meditaciones sobre el valor respectivo de los signos hoy ya clásicos (Hegar, Ladinsky, Mac Donald, etc.), me han convencido de su valor en los casos normales, así como de su fragilidad en los casos anormales, de los que algunos tipos costean tan de cerca el tipo fisiológico o simulan tan perfectamente tipos patológicos, ajenos al embarazo o complicando su evolución, que el error de diagnóstico se vuelve casi inevitable.

Dejando de lado las lesiones yuxta o periuterinas que pueden dificultar el diagnóstico precoz, me concretaré a dos tipos de frecuencia distinta, pero cuyo pronóstico es tan opuesto que toda atención será poca para diagnosticarlos y diferenciarlos.

Quiero referirme al embarazo angular uterino y al embarazo ectópico intersticial, procurando demostrar cuantas osbcuridades presentan los casos clínicos y a cuantas sorpresas puede exponernos la interpretación de signos perfecta y claramente percibidos.

Por definición, el embarazo angular es el que corresponde a la inserción ovular en el ángulo formado por el adosamiento de las caras anterior y posterior en la vecindad del óstium uterino de la trompa. Es pues un embarazo uterino propiamente dicho.

Llámase a su vez embarazo intersticial al que se produce por implantación del óvulo fecundado en el trayecto intramural de la trompa; en principio es un embarazo ectópico.

Pero si este concepto simplista puede satisfacer necesidades didácticas, surgen dificultades para establecer un criterio anatomo-clínico que no sea una abstracción escolástica y que sirva en cambio, para orientar el diagnóstico en una vía tan provechosa para las mujeres, como que su vida depende de la apreciación de signos que, desgraciadamente, no tienen aún la solidez que parece deducirse de ciertas publicaciones.

El embarazo ectópico intersticial es poco frecuente, y si se quieren apreciar con espíritu crítico severo las observaciones publicadas, una buena parte de ellas, más de los 2|3, debe ser desechada como no convincente.

El análisis minucioso de los casos publicados — y modelo de este estudio es el trabajo de Waegeli — demuestra que, si como es natural, el óvulo tuvo un momento de detención intratubaria, muy rápidamente la vellosidad corial primitiva — cuyo poder histolítico parece agigantarse al encuentro de una mucosa frágil o cuya reacción decidual es insuficiente (Freund, Fuchs, Werth, Kworostanski) — corroe la delgada mucosa endotubaria y lo hace precozmente intramural.

Contra las dudosas observaciones de embarazos endotubáricos están los casos demostrativos siguientes: Kammengieser encuentra al lado del orificio de ruptura, en la cavidad uterina, todo el trayecto intramural de la trompa intacto hasta el ostium uterino.

Junge encuentra un orificio de comunicación endouterino (ruptura), pero los orificios distal y proximal de la trompa, en su porción intersticial, indemnes. Wolff, Ulesco - Stroganowa, Trockenowsky, Fromme, Bockmann, Von Franké y Garkisch, Waegeli, en sus dos casos, prueban con sus preparaciones: 1.° la independencia de la cavidad uterina y de la cavidad ovular; y 2.° el enquistamiento intramural y paratubario precoz del óvulo.

Existe un núcleo numeroso de observaciones de titulados embarazos tubo-ováricos — de los que relataremos algunos en las consideraciones clínicas — que, o son roturas endouterinas, o son, y esto nos interesa, embarazos angulares mal interpretados.

A este grupo corresponde el caso de Pegaitaz, de Ginebra, y el de Bubendorff, en los que en el curso de un parto prematuro, de 6 a 7 meses, la placenta queda encarcelada en una cavidad separada de la uterina por un anillo de bordes lisos y netos, lo que excluye la idea de una ruptura, y en cuyas dos vertientes se observa una caduca uterina normal.

En el caso de Lehmann se trata de una caduca completa, en cuya parte superior estaba adherido un óvulo del tamaño de una nuez. Ruge, cuya competencia era indiscutible, juzgó, examinando la pieza, que se trataba de un embarazo angular cuya caduca serótina había queda retenida.

Los que conocemos la evolución del embarazo angular, sabemos cuán frecuente es esta eventualidad. El caso publicado por Remy merece las mismas reservas.

Tienen, pues, razón, Waegeli y Lequeux, cuando, con toda razón y prudencia, al intentar una clasificación, dicen que si está probada la evolución intramural del embarazo ectópico intersticial con su espontánea tendencia a romperse hacia la serosa peritoneal, en cambio, la evolución tubo-uterina no ha sido demostrada aún anatómicamente. Expone estas mismas ideas Stone Scott en un trabajo anterior y del que no parece haber tenido conocimiento Waegeli, a juzgar por la bibliografía que acompaña su trabajo.

La evolución intramural avanzada está admirablemente representada por una pieza existente en el museo del Guy's

Hospital, descripta por Alban Doran ante la Sociedad Obstétrica de Londres de 1882, y en la que se ve un quiste ovular desarrollado en el fondo del útero y porción intersticial de la trompa derecha y separado de la cavidad uterina por un diafragma muscular completo.

La fotografía de la 5.ª observación de Lequeux es otra demostración de la inclusión intramural.

Pero prosigamos el estudio anatómico del embarazo intersticial, para llevar el convencimiento de la fragilidad de ciertas afirmaciones clínicas.

Tres datos anatómicos precisos son necesarios, dice Waegeli, para afirmar el embarazo intersticial:

1.° La oblicuidad o verticalidad del fondo uterino. (Signo de Ruge).

2.° La inserción lateral del ligamento redondo.

3.° La inserción asimétrica de los anexos.

Si esto es indiscutible para la mayoría de los casos avanzados — hay sus excepciones — la más somera reflexión indica que en los casos recientes, que son los que más nos interesan por la posibilidad de intervenir en forma activa y útil, pueden no presentarse. La pieza de embarazo ectópico intersticial que tuve ocasión de recoger antes de la rotura no muestra precisamente ninguno de esos tres signos y parece corresponder a una gravidez de 6 a7 semanas a lo sumo.

Al estudiar el diagnóstico diferencial volveremos a insistir sobre estas cuestiones.

En la segunda de mis observaciones de embarazo angular, la oblicuidad notable del fondo era casi tan marcada como en el caso de embarazo de Ruge, figurado en el "Tratado de Obstetricia", de Garrigues.

Igual cosa sucede en el caso de Cohn, referente a un embarazo en un asta rudimentaria del útero y lo que digo con respecto a la oblicuidad o verticalidad fundal vale para la asimetría de la inserción anexial. En dos de mis casos de embarazo angular, el anexo acompañaba en su ascenso al asta distendida.

Pasemos al estudio anatómico del embarazo angular. La mucosa uterina, aunque formando el revestimiento completo

de la cavidad tiene, sin embargo, caracteres distintos, según el punto en que la observemos, e igual cosa sucede con la musculosa. Al nivel de los ángulos esta última carece del vigor que posee en las demás partes de la pared del órgano, y en cuanto a la mucosa también es manifiestamente más delgada, más pobre de elementos celulares, menos susceptible de prestarse a una reacción decidual defensiva intensa.

Consecuencias de estas condiciones son, por una parte, la tendencia a la distensión de la región angular ante la presión excéntrica del huevo en crecimiento, y por otra, la necesidad para las vellosidades de ganar en extensión y profundidad, acompañándose este proceso de fáciles despegamientos parciales y de una predisposición a la marginación placentaria.

A las condiciones propias de la mucosa debe atribuirse la facilidad de las vellosidades para contraer adherencias con la musculatura subyacente, lo que, como se ve, acerca aún más en su evolución clínica y anatómica el embarazo angular al intersticial.

La débil inclinación hacia la ruptura y la silenciosa marcha hacia la normalidad que caracterizan la gran mayoría de los embarazos angulares, explica la casi completa carencia de documentos anatómicos, pues la pieza descripta por Chirié en 1911 es poco instructiva del punto de vista que nos ocupa, y de las observaciones discutibles de embarazo intersticial, entre las que seguramente debe haber más de un embarazo angular roto, muy poco se saca en limpio, pues sus autores sólo tuvieron en vista la eventualidad de la implantación intersticial.

De lo expuesto fluye la consecuencia de que la evolución anatómica tiene que ser en general distinta.

En el embarazo intersticial el quiste ovular emparedado en pleno músculo, al que corroe y distiende, más lo primero que lo segundo, marcha casi siempre en breve plazo, a la ruptura, al estallido, que, por lo general, si se hace en forma brusca termina con la muerte del embrión o la fisuración se ha hecho progresivamente, el proceso reaccional del peritoneo puede prestarle ambiente propicio a una nidación prolongada.

Por mi parte, ninguna de las observaciones que he estudiado me ha dejado el convencimiento que a partir del 2.o mes, y rara vez del 3.°, la pared uterina puede prestarse a constituir por sí sola la envoltura completa del huevo.

Estudiaré ahora el aspecto clínico de la cuestión que nos ocupa. Nada mejor, como base de discusión, que el cuadro formulado por De Lee, en su libro "Principles and practice of Obstetrics" y reproducido en parte por Monckeberg en su artículo publicado en julio de 1918 en la "Revista de la Asociación Médica Argentina".

Embarazo angular	*Embarazo intersticial*
1.o Historia silenciosa o a lo sumo pequeñas hemorragias y leves dolores.	1.o Cólicos e irritación peritoneal durante algunas semanas, luego fase tormentosa con gran dolor, shock, etc.
2.o Ausencia de expulsión de membranas salvo aborto.	2.o Expulsión de caduca.
3.o No hay anemia.	3.o Anemia más o menos marcada.
4.o Apreciación de la trompa y del ligamento redondo por fuera del tumor.	4.o Trompa y ligamento no palpable o situado en la parte media del tumor.
5.o Sensación de continuidad durante la contracción.	5.o Tumor separado del útero por un surco.
6.o El tumor tiene la consistencia del útero grávido y se mueve con el útero.	6.o Tumor duro, lateral o posterior al útero, inmóvil.
7.o La porción angular se contrae.	7.o No hay contracciones.
8.o El útero recobra gradualmente sus formas.	8.o El tumor es cada vez más grande e irregular.

El cuadro que precede, útil en principio, tiene el serio inconveniente de adaptar la realidad clínica a un concepto teórico que los hechos desmienten con alguna frecuencia.

Si la introdución de la entidad "embarazo angular", designación propuesta por Wassiliew y empleada por Puech y Tedenat es relativamente reciente (1903), la comprobación

de algunos de los signos que se le atribuyen puede encontrarse en autores de mucho anteriores a su entrada en la nosología.

Pero débese a los autores americanos, que con prioridad indiscutible a Hegar y su escuela, señalaron el signo que lleva el nombre de este último ginecólogo, la descripción de las anomalías de forma — abnormal shapes — que con frecuencia se encuentran en las primeras semanas de la evolución gravídica.

Personalmente, ya en 1898, tropecé con un embarazo desconcertante para mí, pues durante varias semanas, osciló mi diagnóstico entre embarazo y quiste ovárico, rindiéndome, cuando el órgano recobró su forma, a la opinión de un colega de más experiencia entonces, que me afirmó la existencia de un hidrosálpinx roto espontáneamente; hoy tengo la certeza de que ese fué el primer embarazo angular observado por mí.

Posteriormente y con una frecuencia aproximada de 5 a 6 o|o fuí viendo casos nuevos hasta que las lecciones clínicas de Puech, de Montpellier, y las presentaciones repetidas de casos análogos a los que había visto, aclararon las dudas que tantas veces habían surgido en mi espíritu.

A contar de 1900 ya pude formular diagnósticos no pocas veces acogidos con extrañeza e incredulidad por colegas para quienes resultaba rara la designación y problemática la existencia, pues como me lo decía una vez uno de ellos, ¿cómo era posible que los clásicos no dijeran una palabra?

Al americano Dickinson debemos la interpretación de esas formas raras que el útero neográvido ofrece a la exploración y es particularmente en los tratados de Obstetricia y de Ginecología americanos que se encuentran las más extensas referencias al embarazo angular, las más loables tentativas para diferenciarlo de su temible vecino, el embarazo intersticial.

La difusión de las nociones de higiene sexual en Estados Unidos de Norte América y una educación más ginecológica de los tocólogos americanos explican estos hechos.

¿Cómo se nos presenta habitualmente el embarazo angular? Si he de juzgar por lo que he visto, en más de las dos

terceras partes de los casos nada llama la atención del médico ni de la enferma y es en curso de examen que se comprueba ese abultamiento látero superior, que Puech ha comparado tan gráficamente con la fluxión de la mejilla en los casos de caries dentaria.

Otras veces — y estos son los casos que durante días o semanas mantienen en la espectativa angustiosa de un error en el sentido de no ver la implantación intersticial — la enferma acusa solamente dolores vagos, mal localizados al hipogastrio, pocas veces a la fosa ilíaca o a la región inguinal; rara vez he observado dolores rítmicos o de tipo expulsivo y cuando han tenido este carácter casi siempre se han acompañado de pérdidas sanguinolentas o francamente sanguíneas, desde el agua rosada, corrimiento francamente rojo, hasta llegar a las pérdidas espesas achocolatadas, que, por lo general, indican la terminación de la crisis o la muerte del embrión.

Se trata de un síndrome irregular en su aparición y en su duración, y que, o se agrava, encuadrando entonces en el síndrome del aborto espontáneo vulgar, o se atenúa, desapareciendo algunas veces bruscamente para dar lugar a una plácida evolución ulterior del embarazo.

¿Cuál será la frecuencia real del embarazo angular?

He hablado de 5 a 6 %, pero debe tenerse en cuenta que en los exámenes precoces entra una proporción grande de casos en los que algunas anormalidades llaman la atención de la mujer.

Lógico es pensar que un cierto número de embarazos angulares silenciosos pasen inadvertidos.

Si atendemos a las estadísticas seguras — es decir, aquellas en las que la inserción placentaria ha sido diagnosticada por investigación intrauterina durante el alumbramiento — la frecuencia parece ser mayor.

Holzapfel encuentra en 107 casos: inserción en la cara anterior, 42; inserción en la cara posterior, 45; inserción en el asta uterina, 15; inserción debajo del ostium tubario, 5; lo que apoyaría mi opinión de que un número crecido de embarazos angulares proceden absolutamente silenciosos.

¿Qué caracteres tiene la tumefacción yuxta-uterina?

Colocándonos dentro de los 3 primeros meses — época temible por la frecuencia de la ruptura del embarazo intersticial — diré que casi siempre he encontrado contracciones más o menos claras, no siempre sincrónicas con las del cuerpo propiamente dicho, contracciones insuficientes para hacer desaparecer la zona de reblandecimiento subyacente; el signo de Hegar, afecta una dirección oblicua, del asta ocupada al borde opuesto del istmo uterino.

Puech y otros dan una importancia enorme a la situación del ligamento redondo; afirman que su situación externa con respecto al tumor es decisiva en favor del embarazo angular.

Pero, a poco que investiguemos en las observaciones de embarazo intersticial, echaremos de ver que la afirmación se tambalea.

Howard Kelly es terminante; para él el ligamento está en el embarazo intersticial, siempre por fuera del tumor.

Abuladse, en un documentado estudio sobre el embarazo en un asta rudimentaria, apoya la opinión de Gubareff que da a la situación externa del ligamento redondo un valor decisivo.

Lequeux y Werth piensan juiciosamente que en el embarazo intersticial la situación del ligamento redondo tiene que variar con la edad del embarazo y la dirección de la inclusión ovular.

Pero lo que talla el debate es que, a juzgar por lo que he observado, en mucho más de dos tercios de los casos es difícil o imposible percibir los ligamentos redondos; para ello es necesario reunir ciertas condiciones no frecuentes (pared abdominal delgada, enferma dócil, vagina amplia).

Más adelante y hasta el 4.° o 5.° mes, época en que el diagnóstico pierde su interés, las dudas subsisten y nuevas causas de error pueden presentarse. En efecto, el asta grávida se va haciendo, tal vez por contraste con la parte aún no rellena del cuerpo uterino, más quística, más fluctuante y cabe entonces la confusión con varios tipos clínicos distintos y a veces indiagnosticables. El primero y tal vez el más frecuen-

te, es la confusión con el quiste ovárico, con o sin diagnóstico de embarazo concomitante. Las dos observaciones que relato son absolutamente típicas; en la segunda de ellas, no ya en el examen clínico, sino durante la intervención, pudo circunscribirse un pedículo en la unión del asta dilatada con el resto del cuerpo uterino.

Difícil es en estas condiciones escapar al error, salvo prolongada espera, no justificada por la innocuidad de la extirpación precoz de los quistes ováricos coexistentes con el embarazo y el mínimo riesgo de una laparotomía exploradora.

OBSERVACIÓN I

Señora Ch., de 41 años, sin antecedentes patológicos; ha tenido tres partos normales; sus hijos son todos anormales, siendo uno hidrócefalo y el otro idiota. La enferma tuvo su última menstruación en Agosto de 1919. El embarazo ha procedido normalmente hasta su llegada a Montevideo (salvo molestias debidas a un prolapso uterino??), ingresando al Sanatorio Eduardo VII por consejo de su médico habitual que, en vista de la anormalidad de los hijos anteriores, le aconseja la interrupción del embarazo (15 de Diciembre de 1919).

El doctor Artagaveytia se hace cargo de ella y comprueba: mujer delgada, cuya palpación abdominal fácil permite, combinada al tacto vaginal, percibir un útero grávido de 3 a 4 meses y lateralmente un tumor quístico con todos los caracteres clásicos del quiste ovárico.

Llamado en consulta, ratifico lo observado por mi colega, y acordamos aconsejar la extirpación del tumor.

Se interviene el 20 de diciembre. Anestesia: morfina-kelene - eter. Incisión Pfannenstiel pequeña. La exploración demuestra la existencia de un útero grávido, de forma y consistencia irregulares. La parte derecha tiene los caracteres normales que corresponden a una gravidez de 4 meses, pero a la izquierda y formando casi los dos tercios del tumor gravídico, toda el asta izquierda forma un tumor fluctuante de paredes delgadas de color violáceo obscuro y netamente separable de la masa derecha, a la presión de los dedos, por un

surco, en el que pueden ponerse en contacto las paredes anterior y posterior. Este surco es el que se comprobaba al examen bimanual. El ligamento redondo izquierdo se inserta por fuera de la zona fluctuante y a un nivel netamente superior al derecho. Clausura del vientre. Evolución post operatoria normal. El embarazo ha seguido sin modificaciones y terminó con el nacimiento de un niño normal.

OBSERVACIÓN II

Servicio de asistencia y protección maternal. Número 5144|10.000.

Teresa F. de P., italiana, casada, 20 años, III gesta, ingresa a mi servicio el 8 de enero de 1920. Tuvo su última menstruación el 23 de setiembre de 1919; a principios de Diciembre tuvo algunas pérdidas sanguíneas que le duraron 15 días y que cesaron con el tratamiento que le instituyó su médico. Al examen encuentro, a la palpación, dos tumores, uno a la derecha, ovoideo, de eje mayor vertical, cuyo ápice alcanza la vecindad del ombligo, movible lateralmente, claramente fluctuante, separado por un surco neto del tumor izquierdo, reclinado éste sobre la fosa ilíaca, de consistencia variable, renitente a las veces y otras dura.

Por el tacto: cuello reblandecido, surco de separación neto entre el tumor izquierdo, manifiestamente el útero grávido con sus contracciones típicas, del tamaño de un puño y el tumor derecho, quístico, movible aisladamente y cuyos movimientos se trasmiten oscuramente al útero. Diagnóstico: quiste del ovario derecho y embarazo. Operación 12 de enero de 1920. Operador: doctor Turenne. Ayudante: doctor Colistro. Anestesia: morfina - kelene - eter, posición de Trendelemburg. Incisión de Pfannenstiel. A la abertura del vientre se encuentran leves adherencias epiploico - parietales.

La inspección del vientre demuestra que el tumor está formado solamente por el útero grávido, cuya asta derecha distendida y fluctuante, del tamaño de un huevo de avestruz, contrasta con el resto del cuerpo y asta izquierda, que tienen la consistencia del útero grávido normal. La palpación per-

mite comprobar tal reblandecimiento entre ambas porciones, que es posible circunscribir con los dedos un trozo a la manera de grueso pedículo. La distensión del asta parece haberse hecho a expensas del fondo y de la cara anterior del útero. En ningún momento percibí contracciones de la región fluctuante. Clausura del vientre. Morfina cada 6 horas. Evolución post operatoria normal.

El embarazo prosiguió su marcha sin accidentes.

Errores como los que anteceden no deben ser raros, aunque por razones explicables no se publiquen.

Howard Kelly en su admirable "Operative Ginecology", cita el caso siguiente: embarazo perturbado por dolores. Al examen, tumor fluctuante sobre el asta uterina derecha.

Practica la laparotomia y encuentra un tumor fluctuante de 10 cm. de diámetro sobre la parte derecha de un útero duro, del que forma cuerpo. El tumor está tan tenso que una zona de 3 por 3 cm. es completamente transparente. Temeroso de una ruptura espontánea Kelly introduce una sonda intrauterina y provoca el aborto.

Cullen cita otro caso interesante: Amenorrea de dos semanas, pérdidas sanguíneas irregulares y dolores; el útero presenta en el asta izquierda una masa irregular dolorosa, mientras que el útero, duro, no lo era. Diagnostica embarazo intersticial, practica la laparotomia y encuentra un útero grande, quístico en su parte derecha y un surco que divide las dos mitades hasta el cuello. Clausura, evolución normal.

El doctor Zárate, profesor de Clínica Obstétrica en Buenos Aires presentó en 1908 a la Sociedad Argentina de Obstetricia y Ginecología la interesante observación siguiente: Luisa P., de 24 años, multípara (un aborto y un parto), ingresa a su servicio clínico el 18 de Abril de 1908. En su historia sólo se anotan irregularidades menstruales; en Enero de ese año tuvo dos menstruaciones dolorosas y abundantes; en Febrero amenorrea y en Marzo metrorragia, por la que en el Hospital Rivadavia se le aconseja un raspado uterino, que la enferma desea postergar.

Poco tiempo después, como siguieran los dolores abdominales, el doctor Zárate, tuvo ocasión de examinarla y encontró un tumor yuxta - uterino que diagnosticó: fibroma.

Ingresa al servicio de este profesor el 18 de Abril.

La enferma acusaba entonces sólo dolores en los flancos con irradiaciones pelvianas. El examen dió los siguientes datos: amenorrea, corrimiento seroso con estrías sanguinolentas; no hay vómitos, no hay calostro, fondos de sacos libres y depresibles, cuello con reblandecimiento poco marcado, útero en la línea media, ligeramente flexionado; del lado izquierdo y adherido a él, un tumor del tamaño de una cabeza fetal, renitente, doloroso, movible en parte por los dolores que la movilización provocaba. Diagnostica tumor quístico anexial con algunas reservas de embarazo tubario.

Tal era la impresión de independencia de la cavidad uterina que practica una histerometría que da 9 cm.

Situación estacionaria en cuanto a dolores, pero como aumenta el reblandecimiento del cuello se inclina al embarazo tubario.

Laparotomia el 30 de Abril. Abierto el vientre se ve inmediatamente un tumor quístico que se cree primero sea el ovario pero cuyo pedículo induce a explorar más detenidamente. El tumor cubría el útero, y radicaba en una de sus astas.

Clausura del vientre. Evolución normal hasta el término; parto espontáneo rápido, alumbramiento espontáneo; existía una hemorragia retroplacentaria.

En el caso del doctor Zárate, la única duda que puede surgir es la comprobación de la inserción de los ligamentos redondos que ocupaban con respecto al fondo, su situación normal.

Otras veces la consistencia del asta grávida es totalmente distinta, y por contraste con la renitencia del resto del útero grávido reblandecido, hace pensar en el fibroma, y como en el caso personal siguiente, en accidentes hemorrágicos o necrósicos intratumorales, que dado lo que hoy sabemos sobre su evolución durante el embarazo, llevan a la laparotomía.

OBSERVACIÓN III

X. X., española, III para, ingresa a mi servicio en 1918 por encontrarse embarazada de 4 meses y tener dolores abdominales.

El examen demuestra la existencia de un útero grávido de la edad presunta por la mujer, con todos los caracteres de la normalidad salvo en su fondo y asta izquierda en los que se encuentra una tumefacción del tamaño de una cabeza de feto y de consistencia permanente dura, sin que puedan percibirse cambios durante la contracción uterina. La mantenemos en observación durante varios días, durante los cuales la situación permanece estacionaria. Diagnóstico clínico: embarazo y mioma.

Una noche los dolores se hacen intensísimos, acompañándose de signos de ligera irritación peritoneal (vómitos, defensa muscular). Diagnosticamos probable necrobiosis del mioma y practicamos la laparotomia.

Abierto el vientre encontramos un útero grávido de 4 a 5 meses, de forma irregular y de consistencia quística en su mayor parte, salvo en el asta izquierda, que da la impresión de una masa muscular, en la que no es posible sentir líquido en cantidad apreciable, por lo que suponemos que corresponde a la logia placentaria.

El embarazo prosiguió normalmente hasta el término, persistiendo siempre algunos dolores. Por un descuido del personal de asistencia el médico de guardia no fué llamado para hacer la exploración uterina y contralorear directamente el sitio de inserción placentaria. Terminada la involución el útero recobró su forma y dimensiones normales.

La siguiente observación de Olshausen descubre otra causa de error.

La esposa de un médico tiene un embarazo de pocos meses y sufre dolores que la alarman. O. la examina por dos veces y queda en ambas ocasiones dudoso sobre la existencia de un embarazo tubario derecho; tal era la aparente independencia del tumor yuxta-uterino. Un tercer examen hecho bajo profunda anestesia y una movilización hecha con temor y

prudencia aclara el diagnóstico: látero-flexión del útero grávido. El autor hace notar la ausencia de referencias clásicas sobre una eventualidad que no cree rara en las multíparas.

En un caso de Segond, Pinard y Couvelaire, de embarazo a término, el diagnóstico fué sólo posible durante la laparotomia.

El caso de Brindeau y Cathala es análogo.

Berchet relata un caso aún más interesante. Una mujer se le presenta con amenorrea y dolores; diagnostica retroflexión del útero grávido y aplica un pesario. Como persistiera el síndrome, practica un curetage uterino y encuentra una cavidad de sólo 9 centímetros. Por el tacto bimanual intrauterino percibe un tumor fluctuante látero - uterino que disminuye de golpe; laparatomia. Encuentra en la parte súpero-lateral del útero un tumor roto conteniendo un huevo y en comunicación con la cavidad uterina. La trompa se insertaba debajo del tumor, los ligamentos redondos se insertaban en su sitio normal. Se diagnosticó: embarazo en un divertículo uterino.

La inspección del esquema de Cohn demuestra la posibilidad de confundir el embarazo angular con un asta rudimentaria grávida.

En el caso de Gubarew, este autor encontró un útero en forma de huso, contracción de las paredes del tumor, situación normal de los anexos y el ligamento redondo por fuera del tumor.

Es posible que el error no hubiera sucedido a haberse encontrado el signo descripto por Halban como patognomónico del embarazo en un asta rudimentaria, es decir, la percepción, bajo forma de una bandeleta ligeramente oblícua, de la parte anterior del ligamento vésico - rectal, distinguible del uraco por ser éste exactamente mediano y dirigido hacia arriba, y del borde de los músculos rectos porque éstos se tienden al sentarse la enferma, mientras que el ligamento de Halban se relaja.

Dignos también de tomarse en cuenta son los tipos descriptos en varias acasiones por Couvelaire, de embarazos ístmicos adosados al asta uterina y que simulan hasta la aper-

tura de la pieza al embarazo intersticial y al embarazo angular.

Pero el embarazo angular puede dar lugar a eventualidades más curiosas.

En 1912 un colega me envía una enferma con la siguiente historia: Multípara, amenorrea de dos y medio meses. Comienzo de embarazo tormentoso por serios síntomas de toxemia precoz. Asediado por la enferma el médico accede a evacuar el útero; la enferma había perdido la víspera, un pequeño coágulo, por lo que el operador no extraña extraer por el raspaje sino pocos restos. Queda convencido que no ha hecho sino completar una sabia iniciativa de la naturaleza. Pero pasa una semana y los síntomas toxémicos no ceden. La examino y compruebo un claro embarazo angular derecho.

Aconsejo expectación y todo marcha bien un par de meses. Al 5.° mes la enferma aborta y hace una retención de placenta en el asta derecha, que necesita extracción instrumental.

A esta clase de errores corresponden numerosas observaciones en la literatura médica americana, calificados de embarazos intersticiales terminados por expulsión uterina y de los que creo útil citar algunos.

Herman Grad presentó a la Sociedad Obstétrica de Nueva York, con el nombre de "Apical Pregnancy", preñez apexiana, el caso siguiente: Mrs. M., de 35 años, vista el 10 de febrero de 1907, con una amenorrea de dos meses; se quejaba de náuseas, astenia y muchos dolores. El 3 de ese mes había perdido sangre durante 12 horas continuando luego algunas manchas de cuando en cuando, hasta el 8, que sintió fuertes calambres, creyendo el aborto inminente. Grad encuentra el útero grande, muy doloroso e imposible de limitar con claridad. Mantiene la enferma en observación hasta que habiéndose reproducido el 11 los dolores y la hemorragia, coincidiendo con un poco de fiebre, procede al raspado uterino.

Bajo anestesia encontró un útero aumentado de tamaño, irregular, cuya asta izquierda le da la sensación de un fibroma; el histerómetro acusa 8 centímetros. Dilata el cuello y al hacer la exploración digital de la cavidad la encuentra

vacía. Formula el diagnóstico de embarazo ectópico y fibroma. Aconseja la laparotomia, pero la enferma no se decide en 48 horas. Aparece entonces una abundante hemorragia, expulsando después de varias horas un feto, pero reteniendo las membranas. Bajo anestesia practica una nueva exploración que le permite encontrar una amplia cavidad en el asta izquierda, de la que extrae gran cantidad de membranas. Como a los pocos días hiciera un chucho, explora de nuevo la cavidad y la encuentra de forma normal. Diagnostica entonces embarazo angular.

Pero en las observaciones antiguas es en las que se observa con más frecuenria el error de interpretación que ha llevado a muchos autores a afirmar la existencia y la frecuencia de la evolución tubo-uterina del embarazo intersticial.

Elijo al azar entre muchas observaciones.

Graham presentó a la Sociedad de Obstetricia de Filadelfia, en 1878, un caso de embarazo intersticial de 4 meses, terminado por expulsión espontánea del feto y membranas, después de la cual el útero recobra rápidamente su forma normal.

Ese mismo año Mac Burney relata la historia de un embarazo intersticial de dos meses. Tumor látero-uterino izquierdo que rechaza el útero hacia la derecha. En una consulta con eminencias ginecológicas de la época se decide emprender el tratamiento en boga: matar el feto con la corriente galvánica. A un nuevo examen el tumor ha desaparecido; punciona entonces las membranas y poco después se produce el aborto espontáneo. Pero lo curioso es comprobar como autores más modernos han podido caer en el mismo error de interpretación.

Stone Scott refirió en 1911 a la reunión anual de la Sociedad Americana de Ginecólogos y Obstétricos y con el títúlo de: embarazos intersticiales de evolución tubo-uterina los casos siguientes: Mrs. K., de 34 años, multípara, cureteada anteriormente por vómitos incoercibles.

En un nuevo embarazo, caracterizado por abundantes vómitos y dolores, el médico de la familia hace un curetaje. La

enferma sigue en el mismo estado y dice: "Que no le han alcanzado el sitio del mal". Llamado Stone encuentra un útero grande e irregular; hace un curetaje — según él cuidadoso y sistemático — extrayendo sólo mínimos restos de mucosa. Persisten los signos de toxemia y después de dos semanas de dolores expulsa un huevo entero de dos meses. El autor explora de nuevo y dice: "La trompa me permitió la introducción de una gruesa cureta".

Puedo asegurar, después de muchos centenares de curetajes, que jamás he podido hacer esta comprobación; la exploración digital sistemática me ha mostrado siempre o el ángulo uterino como asiento del huevo o esas extraordinarias flacideces uterinas, de las que tal vez trate algún día y que dan la angustiosa sensación de la perforación instrumental.

En una segunda observación algo más compleja, el error se repite. Multípara evacuada ya dos veces por vómitos incoercibles, queda de nuevo embarazada. Se comprueba al lado del útero un tumor ovárico del tamaño de un huevo de ganso y un útero de forma irregular, cuya asta izquierda la forma un tumor renitente. Anestesia, exploración uterina; llevando la cureta hacia el lado izquierdo, se hunde en una cavidad de la que extrae placenta.

No insiste y mantiene a la enferma en observación. Dos días después, expulsión del resto del huevo. Algunas semanas después, laparatomia para extraer el tumor ovárico, que resulta un quiste dermoide; el útero tiene la forma y la dimensión normales y la trompa izquierda no presenta alteración de ninguna clase.

Schuman expuso en 1912, ante la Sociedad Obstétrica de Filadelfia, el caso siguiente: embarazo en el que la historia y el examen dejan la duda del embarazo ectópico. Dilatación cervical y exploración bajo anestesia. Masa tumoral en el asta derecha, que hace prominencia en la cavidad uterina vacía. El tumor está separado de ésta por un diafragma perforado "de fácil dilatación".

Extracción de un huevo de 4 meses, después de lo cual pudo percibirse una prolongación lateral de la cavidad, de paredes muy adelgazadas. Había decidua en ambas cavidades.

No me cabe la menor duda que se trata de embarazos angulares desconocidos.

Hasta ahora no he podido observar personalmente ningún caso de gravidez en un asta rudimentaria, ni en un útero didelfo, de suerte que no puedo sino señalar la posibilidad de error con el embarazo angular En caso de duda y en condiciones favorables es posible que la comprobación del signo de Halban (ligamento vésicó-rectal) y de la implantación yuxta-cervical del tumor látero-uterino permita el diagnóstico. En la gran mayoría de las observaciones publicadas la confusión con el embarazo ístmico o angular se ha hecho, y más de una observación deja la duda de que el diagnóstico postlaparotómico ha sido aderezado para pasar como resultado de la sutil habilidad del observador en el examen preoperatorio.

Lo que llama la atención es que habiendo permitido la laparotomia evidenciar tantas veces la distensión excesiva del asta grávida, no se relaten observaciones de ruptura, salvo las contadas que tal vez existan, como lo he dicho, en la serie de embarazos clasificados como intersticiales.

No es una eventualidad despreciable, pues hemos visto que en el caso de Kelly, la distensión llegaba hasta hacer transparente el tumor y en el caso de Zárate y en otro publicado por Hirst el miometrio estaba tan adelgazado que permitía percibir con gran claridad las partes fetales.

El caso de Chambrelent, presentado a la Sociedad de Obstetricia de París, en 1904, parece ser un embarazo angular roto, pues comprobada la vacuidad de la cavidad uterina, la laparotomia dió un quiste fetal roto, en el que se abría la trompa, permeable a un estilete.

Lo que sabemos sobre la improbabilidad de transformación del embarazo intersticial intrauterino, explica nuestra interpretación.

¿Habrá entre los rarísimos casos publicados de ruptura espontánea del útero grávido, algunos embarazos angulares? Es todo un capítulo que debe revisarse.

Señalaré como único el caso de Chirié: muerte súbita por embolia pulmonar y hemorragia retroplacentaria en un caso de embarazo angular.

Cuesta creer que maestros ilustres como el profesor Pinard pongan aún en duda la existencia del embarazo angular y esta misma incredulidad indica cuán interesante es el problema y cuántas incógnitas clínicas quedan aún por dilucidar.

Pero no debemos exagerarnos esas dificultades.

El diagnóstico del embarazo angular es posible en la mayoría de los casos si tenemos presente la noción de evolución que tantos servicios nos presta para la interpretación de la semiología ginecológica. En efecto: la rareza indiscutible de la ruptura uterina en el embarazo angular y su casi fatal aparición dentro de los tres primeros meses en el embarazo intersticial, no servirán para orientar la interpretación de toda tumefacción gravídica silenciosa.

Si es cierto que algunas veces el estallido del embarazo intramural es brusco, en general es precedido de un lento trabajo de corrosión que se acompaña de una defensa reaccional del perioneo, que hace más difusos e irregulares sus contornos, formando así contraste con la pacífica distensión progresiva del asta uterina grávida.

Además, pasado el segundo mes, la formación de extravasaciones sanguíneas periovulares, obligatoria, por decir así, en el embarazo intersticial, da al tumor una consistencia más dura que la que proporciona el embarazo angular, que tiene una renitencia quística que llega a las veces a la fluctuación más evidente.

No se me oculta, y más de una vez me ha sucedido, de pasar 15 o 20 días en vigilancia constante, particularmente en las formas dolorosas o hemorrágicas; pero, aún en estos casos, un factor de órden estadístico, al que me guardaré de dar otro valor que el de signo de presunción, impide lanzarse a la laparotomia inmediata; es la rareza del embarazo intersticial frente a la frecuencia indiscutible del embarazo angular.

Y aunque parezca poco, es con esta base, por cierto no muy sólida que trabajosamente edificamos el diagnóstico en los casos silenciosos o poco menos.

Basta reportarse al cuadro de De Lee y análogos, así como a las descripciones corrientes, para convencerse que la

mayor parte de los autores utilizan para establecer el diagnóstico diferencial los signos de la ruptura inminente o iniciada del embarazo intersticial.

¿Qué otra cosa significan la expulsión de una caduca, la anemia, el crecimiento rápido y las irregularidades de forma y de consistencia, los signos de reacción peritoneal?

Esa noción de evolución, a la que me refería más arriba, es la que permite hacer el diagnóstico de embarazo intersticial, notando como en cada examen el útero es cada vez más irregular, cómo su borde superior se verticaliza, como el ángulo del lado sano apenas asciende, mientras que el del lado opuesto está cada vez más elevado.

En el embarazo angular, en cambio, al acercarnos al tercero y, sobre todo, al cuarto mes, la regularización uterina es cada vez mayor y la aparición de la típica forma globulosa aleja toda duda sobre el significado de las rarezas observadas.

Por excepción veremos persistir, como en mis tres observaciones, la deformación que condujo al error de diagnóstico.

No quiero terminar esta comunicación sin tratar brevemente una consecuencia final del embarazo angular, que permite hacer su diagnóstico retrospectivo.

Vieja casi como la obstetricia es la historia del engatillamiento o encarcelamiento de la placenta. Sea durante el aborto, como después del parto, en una proporción apreciable de casos la placenta queda retenida al nivel de un asta uterina. Debemos eliminar los casos, frecuentes desde que se abusa del extracto hipofisario, en los que la placenta no sale porque un anillo de contracción le forma obstáculo. El anillo en estos casos rara vez es pre-tubario y tiene todos los caracteres del músculo contraído; con la anestesia general o con la morfina, se le hace desaparecer, cayendo enseguida al segmento inferior la placenta desprendida.

En cambio, cuando la inserción realmente es angular, un tubo de paredes lisas precede a una cavidad más o menos espaciosa, en la que una parte o la totalidad de la placenta se encuentra firmemente adherida, tan adherente que alguna vez he tenido que labrar, en pleno tejido placentario, un plano de clivaje, dejando restos abundantes, imposibles de extraer sin riesgo de perforación.

Es en particular en los abortos, del tercero y cuarto meses que me ha sido dado encontrar con más frecuencia esta eventualidad y lo que sabemos de la frecuencia de la expulsión prematura en el embarazo angular la explica suficientemente.

Si quisiera sintetizar en pocas frases mi concepto del asunto diría: si queréis diagnosticar el embarazo angular pensad, siempre que encontréis un útero deforme, en el embarazo intersticial. Esta sospecha impedirá que os sorprenda la muerte de una mujer a quién vuestro examen habrá dado la confianza que había fundado en vuestra competencia. No olvidéis que si el embarazo angular termina amenudo felizmente, el embarazo intersiticial es el que más rápidamente puede matar a vuestra cliente.

Embarazo inexistente

La mujer que acaban ustedes de examinar, nos dará motivo para encarar algunos problemas de órden profesional y científico, algunos de los cuales comprenden cuestiones no resueltas aún.

Véamos que datos nos proporciona esa enferma y su historia.

Ingresó en el Hospital Maciel en noviembre de 1913, y salió de allí al día siguiente, con el diagnóstico de embarazo de dos meses.

Recluída en el "Buen Pastor", pasa de allí al Refugio de Embarazadas, hasta el momento que se la cree a término, y temiendo algún accidente, por haberse presentado una pérdida de sangre de origen genital, es enviada de allí a nuestra Clínica Obstétrica. La enferma dice haber tenido su última menstruación en octubre de 1913; tuvo sus primeras relaciones sexuales en agosto de 1913. Su amenorrea duró hasta los primeros días de marzo, en que tuvo una ligera pérdida, que se repitió a principios de abril y duró cuatro días.

Examen: la enferma tiene algunas grietas dérmicas en la piel del abdómen, ligera pigmentación de la línea blanca y de la areola del pezón, en la que se notan algunos pequeños tubérculos de Montgomery. Vientre fláccido y depresible, muy ligera congestión pasiva de la mucosa vulvo-vaginal. Cuello duro, cerrado; orificio externo circular por el que sale un poco de sangre; cuerpo uterino de consistencia y volumen normales, en ligera retroversión; anexos normales.

Como ustedes ven, puede afirmarse que en el momento actual la enferma no está embarazada y que su hemorragia vaginal es sencillamente la menstruación, como probablemente lo ha sido su pérdida sanguínea de marzo y abril.

Es, pues, uno de los tantos casos en los que se comete error afirmando un embarazo que no existe y, lo que es más

grave y no menos ridículo, se espera el parto en la más completa calma. Obvio es decirlo, que en esta mujer la cosa no tiene mayor trascendencia; pero, ¿se imaginan ustedes la situación del médico si esta enferma perteneciera a otra clase social? ¿Cómo explicar el error, si error ha habido?

La causa más común de engaño es dar a la amenorrea un valor mayor del que tiene. Sin contar las amenorreas ligadas a estados generales o locales, en los que fácilmente se explica, hay un cierto número de ellas cuyo mecanismo indica a las claras la influencia que el sistema nervioso tiene en su producción.

Tenemos, en primer término, las amenorreicas que han tenido relaciones sexuales y temen un embarazo; son numerosas, aunque no tanto como las realmente embarazadas, que deseosas de hacerse abortar, acusan una menstruación normal inexistente; así como pueden tranquilizar a las primeras, exijan de las últimas que se presenten a ustedes durante la menstruación; por lo general se pierden de vista.

Luego, tenemos el grupo de mujeres, ya algo entradas en años, que desean ardientemente tener hijos, y que concluyen por sufrir una verdadera obsesión.

Son a veces difíciles de despistar, porque, a menudo obesas y con un aparato genital hipoplásico, exigen suma atención: estas desgraciadas son muy difíciles de convencer de su vacuidad uterina.

Conozco varios casos entre nosotros, en los que se ha llegado hasta el momento del término del presunto embarazo, y sólo cuando han pasado días y semanas, un examen bien hecho ha puesto las cosas en su lugar.

A nuestra policlínica hasta hace poco tiempo acudía una desgraciada que, amenorreica después de una fiebre tifoidea, venía sistemáticamente cada cuatro o cinco meses a mostrarnos un embarazo de cuya inexistencia nos costaba convencerla.

Entre nosotros es frecuente ver la amenorrea acompañar la rápida obesidad de mujeres jóvenes; debe prestársele atención para evitar errores ingratos.

Una vez me fué dado prevenir dolorosas consecuencias para una joven que me fué enviada de campaña para hacerla

ingresar a la sala "Padre Ramón", y en quien el examen me demostró no solamente la ausencia de todo embarazo, sino también su completa virginidad física. De ahí que no deba darse a la amenorrea sino un valor comprobatorio y subordinado al resultado del examen directo.

Menos valor debe darse aún a la sensación subjetiva de movimientos fetales acusados por las enfermas. Contracciones musculares, borborigmos intestinales son a veces interpretados erróneamente por ellas, y esas interpretaciones deben pasarse por el crisol de la percepción personal. Más curioso es el caso inverso.

Señora de L. VII-para. Ha tenido todos sus embarazos y partos normales. Se presenta con una amenorrea de siete meses. La veo, porque no se decide a seguir el consejo de operarse. Desde hace seis meses vomita con mucha frecuencia y ha notado que su vientre aumenta. Se le hizo diagnóstico de dispepsia grave mantenida por un fibromioma uterino de marcha rápida. Fundado en ese diagnóstico ajeno, y sin que mi desconfianza se despierte dado el valor científico de quien lo ha hecho, procedo a un examen completo. Con gran sorpresa, al hacer la palpación percibo claramente un movimiento fetal corroborado por la presencia de un foco de vigorosos latidos fetales. La enferma se asombra de ver que su fibroma es un útero grávido de siete meses, y confiesa que tan sugestionada estaba por el diagnóstico y el tratamiento que se le había impuesto, que, a pesar de ser una gran multípara, desconoció esos movimientos que hacía ya dos meses sentía y que atribuía a su intestino.

Casos como éste son raros, pero indican hasta qué punto puede desviarse la justa percepción de sensaciones.

Para evitar el error es indispensable buscar siempre los signos locales que el embarazo imprime a la zona genital, y en particular al útero: aumento de volumen regular y progresivo, cambios de consistencia variables según la época y la región uterina que se explora, constatación clara de la contracción uterina; he aquí los signos que nos permitirán en la primera mitad del embarazo formular un diagnóstico preciso.

El signo de Hegar, como el de Mac Donald, son preciosos de la 6.ª a la 12.ª semana, y con ellos, y, más que todo, en la percepción clara del cambio de consistencia uterina debida a la contracción, fundarán ustedes una opinión firme.

Pero si la duda persiste, basta esperar, esperar hasta el momento de la aparición de los signos de vida del feto, para salir de dudas. Las nuevas reacciones biológicas y después del 4.º mes el examen radiológico les aclararán las dudas.

Sin embargo, la clínica tiene a veces sorpresas, y aunque excepcionales, quiero citarles dos casos personales en los que el diagnóstico fué singularmente embarazoso.

Hace algunos años, un colega me enviaba una enferma con diagnóstico de embarazo de cinco meses y feto muerto.

En realidad, muchos signos estaban de acuerdo con esa opinión. Utero blando, que alcanzaba hasta la altura del ombligo, inexistencia de signos fetales, salvo un tumorcito duro que parecía pelotear al nivel del fondo uterino. Pero faltaban en cambio, otros, y de importancia; el cuello duro, las mamas sin calostro, la presencia de pequeñas pérdidas casi periódicas que habían aparecido en lugar de menorragias antes muy abundantes. Estas discordancias, la falta de crepitación ósea al nivel de lo que suponíamos cabeza fetal, la persistencia de su percepción, nos llevaron al diagnóstico de fibromioma edematoso sin embarazo.

Con este diagnóstico fuimos a la intervención quirúrgica, y, a pesar de nuestra certeza clínica, la primera apariencia del tumor después de su exteriorización, fué que se trataba de un útero grávido, tal era la regularidad, el color y la consistencia; una punción quitó todas las dudas, y la histerectomía subtotal nos demostró que se trataba de un mioma edematoso, en el que sólo un núcleo (el que simulaba la cabeza fetal), había escapado al reblandecimiento.

Otra vez hicimos diagnóstico de embarazo y fibromioma, localizando el útero en la parte del tumor que repetidas veces sentimos contraerse bajo nuestros dedos; la operación demostró que el tumor contráctil era el mioma y el útero recién se contrajo enérgicamente al ser exteriorizado.

Hace muy pocos días han tenido ustedes ocasión de ver

operar por mí, un caso de mioma edematoso en el que no solamente el color, dimensiones y consistencia eran tales en el momento de abrir el peritoneo, que nos hicieron pensar en un grueso error de diagnóstico, sino que con el órgano en la mano era posible determinar un signo de Hegar por cierto más claro que en muchos embarazos.

Volvamos a nuestro caso.

Fácil es cargar a la cuenta ajena el error, pero más útil es tratar de explicarlo. Nuestra enferma tiene, en efecto, algunas cosas, que obligan a detenernos.

No está en este momento embarazada, pero ¿podríamos afirmar que no lo ha estado?

Conserva un esbozo de signo de Jacquemier, tiene grietas dérmicas en las muslos y vientre, la areola de la mama tiene muy discretos tubérculos de Montgomery, su vulva muestra evidentemente la desfloración, y la enferma confiesa relaciones sexuales, cosa que motivó su ingreso sin resistencias en el "Buen Pastor".

¿Qué debemos pensar? Tres hipótesis pueden defenderse:

1.a — La enferma no está ni ha estado jamás embarazada. La más sencilla de las presunciones, la más acomodaticia del punto de vista profesional, pues, permite cargar toda la responsabilidad al colega que examinó en noviembre a la mujer. Puede ser que sea lo cierto.

2.a — La enferma ha tenido un embarazo ectópico interrumpido muy precozmente. Más de una vez he encontrado restos clínicos de una evolución de esta clase: pequeños hematomas retrouterinos, hematosalpinx mínimos; pero en todos los casos un interrogatorio minucioso permite despistar los trastornos insignificantes, pero significativos a la vez, que acreditan el aborto tubario. Nuestra enferma es categórica al respecto: no ha sufrido jamás ni ha tenido ningún fenómeno anormal, ni aún en su pérdida de marzo.

3.a — Queda la última, la más curiosa. La enferma puede haber reabsorbido su óvulo fecundado. ¿Es esto posible? Antes de resolver el punto voy a relatarles esta observación:

Señora de S. 27 años, primigesta, casada a fines de 1912. Tiene sus últimas reglas a fines de enero de 1913. Febrero y marzo pasan sin otros trastornos que algún vómito y malestar

gastrointestinal sin carácter definido. El 19 de abril, después de un paseo en automóvil, pierde unas gotas de sangre achocolatada. La veo enseguida y constato: útero del tamaño de una naranja, movible, indoloro, contraído; signo de Hegar evidente: cuello ligeramente reblandecido. Formulo diagnóstico de embarazo de dos a dos y medio meses. En los días siguientes la enferma perdió en muy pequeña cantidad sangre con los caracteres descriptos; en ningún momento pudieron recogerse coágulos ni restos ovulares de ninguna clase; persistió por unos diez o doce días un poco de fiebre vesperal (37.1, 37.2), y poco a poco bajo mis dedos, por decir así, ese útero se fué achicando, endureciéndose, el signo de Hegar desapareció, así como toda secreción.

La amenorrea persistió hasta mediados de junio, y después de esa época todo entró en orden. A principios de agosto se inició un nuevo embarazo, terminado por la extracción por forceps de un feto muerto al nacer, en presentación de cara con procidencia de una mano y dos circulares del cordón al cuello.

La grave objeción para demostrar anatómicamente la existencia de estos óvulos reasorbidos, está precisamente en que su evolución, benigna, probablemente ni presunta en muchos casos, impide una intervención que daría a las constataciones clínicas una base incontrovertible.

Pero si a los signos que la clínica nos ofrece, cuando son fácil y evidentemente percibidos, les damos un valor positivo, no podemos negárselo cuando van a servirnos para apuntalar una concepción que no por ser novedosa y rara, tiene menos derecho a ser sostenida en su realidad clínica.

¿Hay imposibilidad fisiológica en admitir la reabsorción del huevo?

Experiencias ya antiguas de Frankel, Magnus, Cohn, demuestran que en la coneja la ablación del cuerpo amarillo hecha en los comienzos de la preñez, determina la cesación del desarrollo del óvulo fecundado y su atrofia progresiva.

Basta recordar la forma cómo el óvulo penetra en la mucosa uterina, la manera cómo se hace su nutrición en los comienzos de su desarrollo, para comprender que no es imposible que detenido este último por cualquier causa, pueda

permanecer un cierto tiempo enquistado en la mucosa y ser más tarde reabsorbido. La retención prolongada de la placenta sin accidentes, de la que hace mucho tiempo tuve ocasión de publicar un interesante caso, la persistencia de conexiones vasculares suficientes para impedir su necrosis, es otro argumento más en favor de la posibilidad de una retención y de una reabsorción del óvulo fecundado.

La observación de Polano — única que conozco publicada con detalles suficientes — también carece de una demostración anatómica, pues el diagnóstico de embarazo se fundó en el examen clínico y en la constatación, durante una laparotomía por extirpación de ovarios poliquísticos, de un útero de apariencia grávida.

Si nos separara menos tiempo del comienzo de este presunto embarazo, podríamos tentar dos medios de acercarnos a un diagnóstico más preciso.

El primero consistiría en un examen biópsico de la mucosa uterina seguido de una investigación de las modificaciones que el embarazo provoca en dicha mucosa.

El segundo consistiría en la investigación de la reacción biológica, que aunque no especifica ni absoluta, permitiría, en caso de ser repetidamente afirmativa, apoyar la idea de un embarazo preexistente.

Pero, repito, creo que demasiado tiempo nos separa del momento propicio para ambos exámenes.

Un fino diagnóstico de este órden está lejos de tener solamente un interés escolástico. En efecto, aún en la suposición de una perfecta reabsorción del óvulo, no es impunemente que elementos coriales vivaces pueden enquistarse en la mucosa uterina.

Ya no es una novedad que pueden permanecer latentes por mucho tiempo, y dar más tarde nacimiento a esa tan curiosa y grave neoformación: el sincicioma o corioepitelioma maligno.

De ahí el interés que existe siempre en asegurar la completa evacuación del óvulo en todas las etapas de su evolución, para que la refacción de la mucosa uterina se haga en perfectas condiciones de asepsia microbiana y abiosis celular ovular.

Embarazo extramembranoso

El embarazo extramembranoso es una entidad anatomoclínica suficientemente rara para merecer nuestra atención. El número de observaciones publicadas en la literatura obstétrica a mi disposición, y que comprende poco más de 30 años, no alcanza a sesenta, algunas de ellas de fecha más antigua, y en nuestro Servicio Clínico desde 1915 hasta ahora sobre un conjunto de más de 18.000 observaciones, el caso clínico y la pieza que les presento son los únicos que he podido recoger. Es posible que entre las placentas catalogadas como "descoronadas", se haya escurrido algún otro caso al través de la atención no despierta del personal no prevenido de la existencia de esta muy poco frecuente eventualidad.

Observación. — El 5 de agosto de 1927, ingresó a mi Servicio Clínico la señora Celia C. de C., de 37 años, XIV gesta; ha tenido 12 partos normales y un aborto de 3 meses en el que hubo retención de membranas. No tiene antecedentes patológicos dignos de mención.

El 20 de marzo de 1927, tuvo su última menstruación normal; su embarazo se desarrolló normalmente hasta el 23 de julio que empezó a perder sangre, líquida y coagulada, casi sin interrupción hasta el momento de su ingreso a mi Servicio.

En ese momento el examen practicado por el doctor Ferreyra, médico de guardia, indica un embarazo de 5 meses aproximadamente; no hay contracciones, el O. E. del cuello es permeable y el O. I. cerrado; no hay signos de cervicitis; salvo indicios de albúmina, el examen de orina no indica nada anormal El examen clínico no arroja ninguna anormalidad. Se ordena reposo y asepsia genital. Hasta el día 12 la pérdida sanguínea es muy moderada. Examinada por mí ese día, ratifico los signos del examen anterior y constato frecuentes contracciones uterinas; agrego al tratamiento instituído inyecciones subcutáneas de Sedargil cada 6 horas.

La hemorragia moderada continúa hasta el 17 por la noche, en que aumenta considerablemente, por poco rato, para disminuir luego. Los días 18 y 19, situación estacionaria; examen de sangre: G. R. 5:000,000; G. B., 14,000; desde su ingreso ha estado siempre apirética.

El día 20 la vuelvo a examinar y encuentro ambos orificios cervicales abiertos y el segmento inferior ampliado. En vista de no ceder el síndrome hemorrágico, decido interrumpir el embarazo con la técnica siguiente: toque intracervical con esencia de trementina durante 10 minutos, colocación de un manojo de laminarias envuelto en gasa empapada en glicerina trementinada e inyección de estracto hipofisiario cuando se inicien las contracciones dolorosas; estas intervención es practicada por el doctor Colistro a las 18 horas.

La hemorragia se ha detenido casi completamente y las contracciones proceden moderadamente.

El día 21 a las 15, se reitera el estracto hipofisiario y al retirar las laminarias se produce la procidencia de una mano; hay pocas contracciones. A la hora 20 el cuello continúa sin acortarse y la expulsión no se produce ni progresa. La doctora Tiribochi reduce la procidencia y coloca un globo Champetier de 300 cc. de capacidad.

El día 22 a la hora 1 y 5, expulsa el globo y 10 minutos después, el feto y la placenta, que se reserva para examen. No hay hemorragia.

El post-aborto es absolutamente normal. Una vigilancia muy estrecha y cuidadosa permite asegurar que la enferma no ha expulsado ningún fragmento de membranas después de la expulsión placentaria.

El día 29 el examen indica que la involución uterina es normal y que salvo un discreto enterocele vaginal, no hay ninguna lesión genital. La enferma es data de alta el 31 de agosto.

Descripción de la placenta: de forma regularmente discoidal, es un poco más gruesa de lo normal; la superficie uterina en su zona de implantación no presenta nada anormal, salvo algunas sufusiones sanguíneas superficiales. La cara fetal indica: 1.° una marginación total de la placenta que

circunscribe concéntricamente a su borde y a un centímetro de distancia, un cerco membranoso de 1 y ½ centímetros de altura que se continúa sin mayor relieve con el resto de la cara fetal. El borde del cerco membranoso es absolutamente regular, ligeramente en eversión y del mismo espesor del resto de las membranas.

Como se vé, la historia de la enferma en nada se distingue de un aborto vulgar, y de no haberse recogido y observado la placenta, posiblemente hubiera pasado inadvertida; en verdad, esta falta de personalidad clínica explica que tal vez sea menos raro el embarazo extramembranoso de lo que parecería resultar el silencio bibliográfico. Y éste es tal, que no es fácil hacer una historia de conjunto para desentrañar una descripción utilizable con fines didácticos.

Trataré de contribuir a un mejor conocimiento del asunto, haciendo uso de los elementos dispersos en la literatura obstétrica. El embarazo extramembranoso se caracteriza por el desarrollo más o menos prolongado del feto en la cavidad uterina sin estar contenido en la bolsa amniocorial. Algunas veces ha podido llegar hasta el término fisiológico, pero la inmensa mayoría de las veces la expulsión es prematura.

¿Cuál puede ser la causa de esta eventualidad? ¿Fragilidad anormal de las membranas que no pueden resistir a la distensión ovular? ¿Traumatismos fisiológicos como el coito o instrumentales como en ciertas curaciones cervicales? Estos dos últimos factores se han señalado alguna vez.

En una observación de Nollé se indicó la existencia muy probable de maniobras abortivas, y aunque en mi caso no se produjeron, no dudo que el hecho sea posible. Una perforación aséptica y una enferma pusilánime que retrocede ante la reiteración de las maniobras, podrían explicar la ineficacia de una punción ovular.

Llama la atención la frecuencia de la "marginación" placentaria en la descripción de las placentas en el embarazo extramembranoso ¿Es la marginación causa o efecto? ¿Es el muñón membranoso el que al retraerse hacia el centro deja a descubierto el borde del corión placentario o son las lesiones que provocan la marginación, las que a la vez explican

la fragilidad membranosa? Nueva incógnita difícil de resolver si se admite, con algunos autores modernos, que la placenta "circunvallata" es más a menudo una resultante de una modalidad de implantación ovular que la huella de una lesión patológica.

Clinicamente, el embarazo extramembranoso se caracteriza: 1.° por la hidrorrea, 2.° por las hemorragias, 3.° por las malformaciones fetales. Alguna vez reunidos, no es nada raro que se presenten aisladamente; en mi caso solo existió la hemorragia.

Cualquiera sea el concepto que tengamos del origen del líquido amniótico — y bien sabemos cuánta obscuridad reina al respecto — se creería que, abierto el huevo, la hidrorrea fuera inevitable; y, sin embargo, en muchos casos — y el mío es uno de ellos — la hidrorrea no fué perceptible.

Me ha parecido que esta ausencia de hidrorrea ha acompañado a los casos en que el síndrome hemorrágico predominó; en efecto, no debe ser fácil despistar la mancha amniótica mezclada con sangre, de la mancha que puede dejar el suero sanguíneo.

Si tendemos a admitir que la marginación placentaria sea con frecuencia un índice de endometritis, nada tiene de extraño que el embarazo extramembranoso se acompañe de hemorragias, y en los casos publicados no ha sido posible distinguir este síndrome del que acompaña el aborto común, a la endometritis decidual y a la mola cuando aún no presenta ésta el cuadro clínico clásico.

Las malformaciones fetales se explican fácilmente si se piensa en las condiciones desfavorables en que se desarrolla el feto; sometido a la presión directa de la contracción uterina, en una cavidad de paredes retraídas por desaparición del líquido, no tiene nada de extraño que existan compresiones locales del feto y que a la larga se traduzcan en anormalidades somáticas.

¿Es posible el diagnóstico del embarazo extramembranoso antes de la expulsión? Tal vez en un caso de hidrorrea amniótica prolongada, con feto vivo y partes fetales directamente accesibles por el tacto, podría sospecharse tal even-

tualidad; pero será casi siempre el examen de las secundinas y la observación del postparto y del postaborto los que permitirán un diagnóstico definitivo.

Nuestros elementos de juicio serán: 1.° Medición de las membranas que permita asegurar que tratando de reconstituir el saco ovular, éste es manifiestamente insuficiente para contener el feto; 2.° Examen del borde membranoso libre que indique que no existe solución de continuidad reciente; 3.° Marginación frecuente de la placenta, y 4.° Ausencia de expulsión de membranas durante el postparto o postaborto.

Como se ve, bastante pobre es el caudal de conocimientos relativo al embarazo extramembranoso, y no será mi caso el que contribuirá a hacer desaparecer las dudas existentes, pero su rareza y el hecho que su conocimiento contribuya a la búsqueda de nuevas piezas y al estudio de su etiopatogenia y de su sintomatología, me parecieron razones suficientes para hacerles conocer la observación.

Higiene del embarazo

La rutina, esa pesada rutina que en nuestra lección inaugural señalábamos como uno de los obstáculos al progreso de la Obstetricia, no podía dejar de imprimir su huella en un capítulo tan interesante como la Higiene del embarazo; y es penoso constatar, como ya hace más de 30 años lo señalaba Varnier, en sus cursos de la Facultad de Medicina de París, que los más modernos tratados, sin excluir el reciente de Bar y Brindeau, al tratar este punto no hacen sino modernizar una serie de consejos de "bonne femme", sin que de su lectura fluyan esas ideas directrices, dentro de las cuales caben todas las nociones de detalle.

Es a fijarlas, tales como las concebimos y las enseñamos desde hace muchos años, que dedicaremos esta lección.

Sin temor de llegar a la exageración, podemos afirmar que la higiene del embarazo tiene importancia profesional, individual y social.

Profesionalmente, en esta esfera en que por costumbre se valora el saber por los éxitos, todo lo que tienda a robustecer el concepto que la sociedad se forma del médico, debe ser cultivado con esmero, y es la Higiene del embarazo una ocasión de tan fáciles triunfos como lamentables fracasos: Así como se agradecerá al médico que, vigilante celoso de una gestación deseada, conduzca a su enferma sorteando sus peligros y asegurando un parto feliz, no bastarán los apóstrofes para el descuidado que se deje sorprender por una eclampsia o una distocia pélvica. Y no serán por cierto poco merecidos ni las diatribas ni los elogios.

Los delicados problemas de la nutrición, tan a menudo viciada de las embarazadas, son otras tantas ocasiones de poner a prueba la competencia, la actividad y hasta la sangre fría del médico.

La sugestión constante, la cura moral diríamos, de tan-

tas pobres mujeres, que con razón o sin ella ven acercarse con horror el momento del parto, son un fértil campo en que pueden germinar honestamente la reputación de un jóven médico y vigorizarse la de un profesional de floreciente clientela.

Para la embarazada, encarrilarla en una higiene racional es de interés capital. Su salud y su vida, la salud y la vida de su hijo con todas las proyecciones sociales que abarcan, pueden comprometerse en una involuntaria infracción. La embarazada debe ser para el tocólogo, motivo del más severo y destacado estudio, y sólo de éste fluirán esos consejos que valen no solamente por lo que al embarazo actual se refieren, sino porque cada embarazada es un centro de difusión de nociones exactas de higiene. ¿Cuántas aberraciones, cuántos errores y supersticiones no hemos desentrañado en nuestro ejercicio profesional? Y la proporción tiene que hacerse aún mayor a medida de que de nuestra facultad salgan parteras ilustradas que por su contacto más directo con la mujer, nos ayuden en la pesada tarea de luchar contra la tradición.

Si en caso concreto de una embarazada consideramos la importancia de la higiene del embarazo, del punto de vista social sus proporciones se agigantan.

La natalidad, la mortinatalidad, la morbosidad de la primera infancia, la profilaxia de las infecciones puerperales en sus relaciones con el progreso y bienestar sociales, son tributarias de esas pocas pero sólidas nociones de higiene gravídica que en sus grandes líneas esbozaremos sin agotar el tema.

¿Cuáles serán las bases de la higiene del embarazo?

Fieles discípulos del malogrado Varnier, serán sus principios los que les expondremos, y dentro del molde forjado por este genial maestro ampliaremos su primitivo concepto, sin temor de traicionar sus ideas al ensanchar su esfera de acción.

Cuatro grandes principios fundamentales constituyen la base de la higiene gravidica:

A Asegurar el funcionamiento regular del organismo materno;

B Impedir la expulsión prematura;

C Preparar al niño una expulsión fácil, y

D Garantizar a la madre un parto y un postparto normales.

A. Asegurar el funcionamiento regular del organismo materno

Si bien es cierto que Bar ha podido decir que el embarazo es una Simbiosis armónica homogénea, dando a entender que en el embarazo normal el feto no es un parásito predator sino meramente comensal, pues el funcionamiento orgánico materno no se resiente sino en proporciones limitadas y a veces hasta aprovecha, es menester que para realizar tan favorable equilibrio se realice el otro postulado de Bar: el feto sano en madre sana, lo que restringe singularmente el alcance de la primera afirmación.

Pocos, contados son los organismos absolutamente indemnes, personalmente o por herencia, de toda falla orgánica, y la frecuencia de las desviaciones añadida a la instabilidad del funcionalismo orgánico durante la preñez, explica porqué, con demasiada frecuencia, tengamos que intervenir para encarrilar una nutrición viciada o prevenir un trastorno que abandonado a sí mismo pondrá en peligro la vida del feto o la de la madre, cuando no ambas.

Sin invadir el estudio de la Toxemias gravídicas, que nos ocupará extensamente más tarde, podemos adelantar desde ya que son ellas, las autointoxicaciones — como generalmente se les llama — las que a menudo reclaman nuestra atención.

Las autointoxicaciones, sin prejuzgar sobre su origen, son capaces en cualquier momento de poner en peligro a nuestras enfermas. Debemos, pues, orientarnos para despistarlas y triunfar de ellas con una intervención enérgica y oportuna. Partiendo del principio clínico de vigilar y robustecer la acción de los órganos de defensa maternos, cabe preguntarse cuáles son los índices de ese funcionamiento.

En clínica civil no podemos obligarnos y obligar a cada una de nuestras enfermas a la molestia de las prácticas de

laboratorio repetidas y variadas, pero teniendo en cuenta que la composición de la orina refleja con regular exactitud y singular precocidad el desequilibrio funcional del organismo, es a ella que debemos dirigirnos.

Hay, pues, que analizar la orina. ¿Cómo? Estamos lejos de la clásica triade: acidez, albúmina, glucosa.

Hace años que lucho por difundir la idea que nada es más peligroso que fundar en la ausencia de albúmina la tranquilidad clínica. Cada día se hacen más frecuentes los casos publicados de eclampsia sin albúmina; no cuento ya las toxemias graves por mí observadas, en las que la albúmina apareció tardíamente. Es que, para mí, la albúmina es un signo final, en el sentido que su aparición señala la derrota renal, con frecuencia último eslabón de insuficiencias viscerales previas, hepáticas, suprarenal, tiroideana, y que por consiguiente esperar la aparición de la albúmina es mecerse en una seguridad engañosa y exponerse a la ruda sorpresa de la eclampsia, de la hemorragia cerebral, del edema sobreagudo del pulmón.

El análisis de la orina debe ser completo, con dosificación de todos los elementos normales; urea, ácido úrico, cloruros, fosfatos, investigación de la relación Az. urea — Az. total; investigación de los elementos anormales, urobilina, pigmentos biliares, acetona, glucosa y albúmina, etc.

Con un examen de esta clase a la vista, trataremos de interpretar esas cifras y para ello debemos relacionarlas con el síndrome clínico y con el régimen alimenticio y esta relación es indispensable so pena de incurrir en groseros errores.

El examen clínico esmerado, deteniéndonos principalmente en los órganos defensivos: hígado, cuerpo tiroides, riñón, el aparato cardio-vascular, con especial cuidado a la tensión vascular, cuya exageración precede casi siempre de mucho a la aparición de la albúmina. Casos hay en que no debemos descuidar el análisis de la sangre, dado que la toxemia puede tomar la máscara de una anemia perniciosa.

Es natural que esta proligidad se reservará para aquellos casos en los que aparecen los pequeños signos de las toxemias ó en ciertas enfermas personal o hereditariamente sospecho-

sas de vulnerabilidad visceral. Pero en toda embarazada, por lo menos una o dos veces a mediados del embarazo y a su terminación, debe hacerse este exámen completo.

Dejando los casos netamente patológicos y teniendo muy en cuenta que el equilibrio fisiológico de la embarazada es innestable, ¿cómo podremos prevenir las toxemias?

No es el momento de estudiar la profilaxis, pero es indispensable fijar ciertas nociones.

De las diferentes fuentes de toxinas exógenas que añaden su acción a las endógenas, es indudable que las sustancias alimenticias son una de las principales. A evitar, pues, sobrecargas dañosas debemos dedicar nuestra atención. ¿Decimos con esto que es indispensable someter a todas las embarazadas a un régimen estricto? No; caeríamos en el absurdo.

Pero sin llegar a excesos contraproducentes, es indudable que las embarazadas no deben comer cuánto se les ocurra, y sin temores trasnochados podemos contrariar sus antojos cuando éstos las llevan a pretender ingerir sustancias capaces de producir trastornos digestivos.

Dentro de los alimentos permitidos caben muchos susceptibles de ser aprovechados en todas las clases sociales: las frutas, las legumbres verdes, la leche y sus derivados, los huevos, los dulces y jaleas, las carnes blancas, las harinas alimenticias tan importantes por su valor dietético y su escasa toxicidad, las papas, preciosas por su débil contenido en cloruros, la mazamorra de maíz blanco, el arroz, la avena, justamente de moda en la actualidad. Como se vé, en esta enumeración incompleta no cabe el reproche de llevar a las embarazadas al aburrimiento ni a la inanición.

De otro lado prohibiremos las carnes no frescas como las de caza o el pescado, extraído con muchas horas de anticipación a su consumo, particularmente en verano, los platos compuestos o muy condimentados, la llamada factura de cerdo, los guisos, tan criollos como indigestos, los quesos fermentados, poco usados entre nosotros, en una palabra todo aquello capaz de imponer un trabajo exagerado al estómago, al intestino, al riñón o al hígado.

Receptáculo de toxinas, el intestino, tan a menudo pere-

zoso durante el embarazo, debe ser vigilado siempre. Los laxantes, los enemas y, sobre todo, un ejercicio moderado y una alimentación de gran residuo como es la vegetal, aseguran una exoneración intestinal suficiente.

Y a propósito de esto: ¿puede purgarse una embarazada? Es esta una pregunta frecuente en clientela. Sin vacilar puede responder por la afirmativa; y prueba de la inocuidad de los purgantes son las innumerables mujeres que deseando abortar recurren inútilmente a ellos antes de entregarse a las profesionales del aborto. Para que un purgante pueda provocar una expulsión prematura, deben reunirse tres condiciones: acción violentamente congestiva (drásticos), acción tóxica general y... predisposición al aborto. Sólo así se explica que puedan morir mujeres intoxicadas por mezclas de áloes, ruda, sabina, etc., y el huevo permanezca intacto y adherente al útero.

Como anexas a estas cuestiones surgen dos de frecuente consulta: los baños y los viajes.

Las embarazadas pueden y deben bañarse, pues no es de desdeñarse la higiene de la piel, un poco descuidada entre nosotros. Aquí no abundan los cuartos de baño y las casas de hidroterapia tienen una clientela fija y reducida. Los demás, se bañan... de diciembre a marzo en Ramírez y Pocitos, y el resto del tiempo su cuerpo traba relaciones de simple cortesía con el agua y por lo general en forma de baño local.

Soy opuesto a los baños de asiento; inútiles para reblandecer los tejidos, como por tradición tienen la fama, dan con mucha frecuencia ocasión a enfriamientos que se traducen en contracciones intestinales y uterinas dolorosas.

Por lo que respecta al baño de inmersión, experiencias que datan de 1897, practicadas por mí en el Hospital Maciel, demuestran que en la totalidad de las multíparas y en una fuerte proporción de nulíparas el agua del baño penetra hasta los fondos de saco vaginales aún sin ninguna maniobra de toilette vulvo-vaginal.

¿No hay acaso un contrasentido en exigir severas precauciones para dar una irrigación vaginal y permitir por otro lado que el agua del baño polucionada por la flora microbiana cutánea se ponga en contacto con el cuello uterino?

Proscribamos pues, el baño de inmersión, aconsejando en cambio la ducha, el baño de lluvia y las fricciones con guante de crin o tohalla áspera.

Los viajes no merecen la mala fama de que gozan, por lo menos en Europa, pues aquí se viaja poco.

Conviene no iniciar uno penoso, como son en nuestra campaña los que se hacen en diligencia, en las épocas que corresponden a los períodos de molimen congestivo; pero esta medida es de simple prudencia. Abundan los ejemplos de inmunidad a tales viajes para ser demasiados severos. Por garantía propia, toleradlos, no los aconsejéis; debemos desconfiar de las coincidencias.

Es una práctica simple, por lo corriente, el paseo a pie en los últimos meses. Y es una práctica buena; cuanto más haya vivido al aire libre una embarazada, mejor será su estado general. La marcha, dentro de prudentes límites, es en extremo conveniente; favorece el encajamiento precoz, excita el funcionamiento intestinal y, valga la opinión de los Kinesiterapeutas, descongestiona los órganos pelvianos. Sin pretender hilar muy delgado, diremos que la marcha debe aconsejarse como factor de buen equilibrio funcional.

¿Y el corsé y la faja? ¿Deben proscribirse, deben tolerarse? Contenida su acción en límites moderados, es el primero tolerable durante la primera mitad del embarazo, a condición de ser suave, "soutien mais pas geolier". Más adelante se impone la faja sin ballenas, particularmente en las multíparas de vientre péndulo. Con todo no creo en la distocia por el corsé; es una de tantas afirmaciones que merecerían controlarse.

B. Impedir la expulsión prematura

¿Qué vale un prematuro? Bien poca cosa; su coeficiente vital está en relación con la época de su nacimiento; la mortalidad de los prematuros anteriores al octavo mes es considerable, y de los que sobreviven son pocos los que atraviesan los peligros de los dos primeros años. Y se explica; aún a término, el feto maduro no está completamente desarro-

llado, sus órganos no le sirven con la perfección que lo harán algunas semanas después; llenan un estricto mínimum que se comprueba con su débil resistencia al traumatismo físico o infeccioso. ¿Cuán aleatoria no será esa vida extrauterina si nos alejamos de la madurez gravídica?

Se dirá que la incubadora ha triunfado muchas veces. Era esta una de las ilusiones del generoso Budin, y no bastaron los desvelos y la actividad de su colaboradora Mme. Henry en la Maternidad de Port-Royal para desarraigarle el convencimiento de que otra es la incubadora necesaria.

Ya en nuestra lección inaugural hemos señalado la campaña emprendida por el profesor Pinard en favor de la puericultura intrauterina. Sus cifras, concienzudamente establecidas, demuestran que toda mujer que ha descansado en los últimos meses, tiene embarazos más largos y fetos más pesados. Y estas afirmaciones tienen inmenso valor porque se aplican a las clases desheredadas, a las obreras, a las pobres.

Descuidar esa reserva de energías que es el pueblo que trabaja, es correr al desastre, comprometer ciegamente el porvenir. Deben, pues, asegurarse a las madres de ese grupo interesante las condiciones más favorables para dar cumplimiento a su alta misión. ¿Cómo conseguirlo? Es este un problema complejo y de difícil solución: pero sin adelantarnos a un futuro próximo, podemos decir lo que se debe hacer actualmente sin pecar de revolucionarios.

En primer término, obtener facilidades para el reposo de la obrera embarazada. La cesación del trabajo de fábrica un mes antes y uno después del parto, con persistencia del salario, es la primer medida a tomarse. Nuestra futura Ley de Reglamentación del Trabajo, dícenos que establecerá un reposo total de un mes; es poco, pero siempre es preferible a la situación actual.

Vienen luego los refugios de embarazadas. Una parte nada despreciable, de las madres pobres, lo constituyen las madres solteras. Aún suponiendo entre ellas un porcentaje de depravadas, queda aún un número crecido de mujeres sin hogar y sin familia, puesto que sin discernimiento, los pre-

juicios sociales las alejan de uno y otra, que arrastran penosamente los últimos meses del embarazo, trabajando a veces hasta que los primeros dolores las obligan a una corta tregua en su vida de labor. Es en esas condiciones precarias, que, tristes, sucias, deshechas físicamente dan a luz un niño pequeño, que irá, anónimo, a engrosar la masa de los Expósitos.

Hasta en vista de la educación moral, para robustecer los vínculos de madre a hijo, para no dar a la madre el derecho de considerar a su hijo como un estorbo, como una barrera que le cierra muchas puertas, para disminuir los abortos y los infanticidios, es indispensable el Refugio.

Allí en un ambiente sano, moral y materialmente, con la seguridad de la ayuda posterior, la madre ve llegar el momento de su parto con tranquilidad, y a la vez que ve su maternidad respetada da a la sociedad un ser completo y pronto para compensar en el futuro en rendimiento económico la ayuda que esa misma sociedad le prestó antes de su nacimiento.

Para las otras mujeres, para las regulares del punto de vista social no basta con asegurarles el reposo físico.

Muchas infracciones higiénicas, muchos errores, y hasta algunas catástrofes obstétricas tienen su orígen en consejos tradicionales, supersticiones, abandono o ignorancia.

Creando las consultas gratuitas o Policlínicas, difundiendo la concurrencia a esos servicios, poco onerosos para las administraciones, es dable hacer mucho bien. En todas partes donde se han instalado, el número de consultas ha ido creciendo en grandes proporciones, a la vez que disminuía el número de complicaciones evitables, como la infección puerperal, la eclampsia y las hemorragias, en las enfermas aisladas en las Maternidades correspondientes. Nuestra Casa de la Maternidad es un exponente de cuanto dejo expuesto.

Grandes son las proyecciones de estas doctrinas; pero no son aún completas, y aunque salga un poco del cuadro de esta lección, la ocasión es única para tratar otro punto intereante.

Con razón dice el profesor Pinard que el hombre del siglo XX procede en igual forma que su antecesor de la época

neolitica. ¡Qué profunda verdad! ¿Cuántos serán los que en el espasmo sexual se acuerdan que de él puede originarse un ser con todas las bellezas pero también con todas las fallas permanentes o transitorias de sus progenitores?

Es esta puericultura preconcepcional, mucho más que una utopía. Es la constatación de un peligro; a la vez que se da la voz de alarma, se señala la ruta a seguir.

El médico es el consejero, debe ser el guía. La sifílis, el alcohol, la vejez, las convalescencias, los excesos venéreos, todos estos factores, de desvalorización ovular, deben ser despistados o apartados. Faltará, pues, a su deber, el médico consultado, que en presencia de estos motivos de degeneración de la raza, no desapruebe y prohiba enérgicamente las uniones que solo asegurarán descendencias de valor problemático. En la posibilidad de prevenirlas, podría aún el médico exigir prácticas anticoncepcionales. Pero es este un escabroso tema, sobre el que tengo ideas radicales, que no son del caso exponer en un curso oficial.

Intimamente ligada a la expulsión prematura del feto está la referente a las relaciones sexuales. Aunque la blenorragia reclame una buena parte, no es dudoso que los abortos tan frecuentes en los matrimonios recientes, en alguna proporción pueden atribuirse a los excesos sexuales. La intensa congestión de todos los segmentos del aparato genital, el traumatismo directo, "coup de vent qui fait tomber le fruit vert mais sain" (Pinard), bastan para explicarlos, particularmente en la época del molimen correspondiente a la menstruación ausente.

¿Consultados al respecto, seremos tan severos como Mauriceau, o indulgentes como Dionis, que se apoyaba en los veinte felices embarazos de su consorte? Oigamos a Pajot siempre espiritual: "Maintenant que vos voeux sont exhaucés, n'allez pas plus loin".

Es nuestra conducta habitual.

C. Asegurar al niño una expulsión fácil

¿Cómo podremos realizar este postulado? ¿En qué consistirá esa expulsión fácil?.

Desde las más remotas épocas de la Obstetricia científica, fué un hecho de observación corriente que los fetos que nacían de cabeza rara vez daban lugar a dificultades, y por lo general esos fetos nacían vivos y perfectamente viables. Tan arraigada estaba esta creencia, que hasta la época en que la escuela de Viena demostró la terminación espontánea de los partos en presentación de cara y nalgas, la constatación de estas presentaciones legitimaba la embriotomia en feto vivo. Las estadísticas modernas han corroborado la observación empírica, y hoy está perfectamente demostrado que la más inocua de las presentaciones es la presentación de vértice o cabeza flexionada.

Hay, pues, un interés de orden primordial en garantizar la presencia de tal presentación, y puede decirse que tal hecho domina por completo este capítulo.

¿En qué momento hay interés en cerciorarse que el feto se presenta de vértice?

Tal vez vean ustedes una contradicción entre la enseñanza teórica y la de la clínica; esta contradicción es sólo aparente.

Afirmamos que es sólo indispensable la presentación de vértice cuando las dimensiones del feto son tales que le será obligatorio adaptarlas a las dimensiones del canal genital, so pena de verse entorpecido en su marcha al exterior. Por lo tanto, nos preocuparemos de encontrarla o provocarla hacia fines del 7.° mes.

Sin embargo, dirán ustedes: ¿Por qué en clínica se nos exigen diagnósticos de presentación al 4.°, 5.° y 6.° meses?

Aparte de lo discutible de las verdaderas presentaciones en fetos eminentemente movibles, hay un interés de disciplina clínica en adiestrarse en la palpación en toda la duración del embarazo.

En clínica civil el interés es otro. ¿De qué nos sirve afirmar con toda exactitud la presentación, posición y variedad de posición de un feto movible, que diez minutos después de nuestro examen habrá girado en la pelvis y tal vez hasta mudado su presentación? Lo importante en esas épocas tempranas y aún hasta el 8.° mes es asegurarse de una presentación longitudinal, pues sabemos que las diferencias

de mortalidad entre las presentaciones de nalgas y vértice son menos acentuadas en esas épocas que a término.

Es solamente cuando el feto adquiere dimensiones que dificultan o imposibilitan la versión espontánea, que cabe preocuparse de asegurar una presentación cefálica; y noten ustedes que digo cefálica y no de vértice, como que con nuestras maniobras sólo conseguiremos llevar la cabeza abajo, dejando que se fije en flexión al acomodarse en el segmento inferior.

Con esto hago el proceso de esas versiones externas tan fáciles como inútiles que he visto hacer al 6.° y 7.° mes. Esta maniobra hecha en el momento de elección es realmente preciosa y a ella debe recurrirse cuando la ocasión se presenta, es decir cuando entre mediados del 7.° y principios del 8.° mes, el feto, aunque longitudinal, no está en presentación cefálica o, lo que es peor, se coloca transversalmente.

Pero dirán ustedes: ¿Y el diagnóstico de la posición y su variedad. Durante el embarazo es perfectamente inútil: 1.° Porque cualquiera sea ella, nuestra conducta será la misma; 2.° Porque la práctica demuestra que así como las mutaciones de presentación son raras después del 8.° mes, las de posición son extraordinariamente frecuentes.

Tenemos, pues, asegurado uno de los factores de la expulsión fácil la situación intrauterina del feto.

Pero no basta: este feto, acomodado, reducido a su menor expresión tiene aún dimensiones tales que exigen un canal amplio en el que ajuste, como el proyectil en un arma de fuego.

Es el estudio del canal genital el corolario del anterior. La exploración pelviana completa es absolutamente indispensable, y entre nosotros, que rarísimas son las viciaciones pelvianas de importancia, debe ser aún más delicado, pues se trata de apreciar ligerísimas estenosis o asimetrias insignificantes.

Felizmente, la práctica demuestra que por lo general, aunque con rozamiento duro, el feto se amolda y pasa.

Estos exámenes son tanto más interesantes, cuanto que entre los médicos generales hay tendencia a prejuzgar distocias en mujeres con lesiones vertebrales o de los miembros

inferiores. Varias veces he podido garantizar partos espontáneos en mujeres de pelvis normal condenadas al celibato o a las prácticas anticoncepcionales y que sólo tenían alguna gruesa gibosidad dorsal o restos de coxalgias bien curadas.

Presentación fetal y canal pelviano normales, son, pues, los dos elementos principales de la fácil expulsión.

Por lo que respecta a las partes blandas maternas, pocas presunciones deben hacerse. Con excepción de algunas estenosis vulvo-vaginales en mujeres de tejidos coriaceos o ciertos perinés infiltrados por el edema, bien poco puede preverse. La preparación vaginoperineal es más un efecto del trabajo de parto que una acción gravídica.

Omitiríamos un dato de importancia si no dijéramos algo sobre la profilaxia de las infecciones fetales y en particular de la oftalmia blenorrágica.

Con excepción de la sífilis, en la que somos realmente útiles, es difícil evitar el efecto de otras infecciones de origen materno u ovular. Sin embargo, parte de esto se obtiene colocando a la madre en buenas condiciones higiénicas y alejándola a la vez de los contagios visibles.

En cambio, sería culpable el médico que no hiciera hoy una buena profilaxis de la oftalmia. No hablo de la clásica instilación de Créde, que casi maquinalmente se hace en las clínicas, sino de la terapéutica activa de las localizaciones genitales de la blenorragia. Mucho más seguro que la instilación tan útil de nitrato de plata al 1|2 o 1 o|o es curar la blenorragia materna.

La disminución de cegueras llamadas "de nacimiento" es el resultado de esta profilaxia, y la perspectiva de evitar tal terrible como triste enfermedad, bien vale que pongamos toda nuestra competencia para obtener resultados cada vez más alentadores.

D. Asegurar a la madre un parto y un post-parto normales

Todas las indicaciones que hemos hecho en los tres capítulos anteriores conducen a dar grandes probabilidades de un parto normal. Conocedores exactos del organismo de nues-

tra cliente, cuyo embarazo hemos seguido paso a paso, corrigiendo sus desviaciones, seguros de que el feto está bien colocado y que la vía que ha de recorrer no le presenta obstáculos, puede decirse que estamos a cubierto de la mayor parte de las distocias graves.

En efecto: con excepción de alguna distocia de las partes blandas y de alguna hemorragia imprevista pero rápidamente combatida, sólo nos queda, y no es poca cosa, la posibilidad de una infección puerperal.

No es un vano temor. ¡No olviden ustedes lo que decía en mi informe al Tercer Congreso Médico Latino Americano: Todavía se muere de infección puerperal! (1907). Y aún hoy es verdad (1930).

Ante la perspectiva de ver malograrse nuestros esfuerzos de varios meses, ante la posibilidad de ver morir una mujer joven, robusta, que no debiera pagar con su vida el cumplimiento del más augusto de sus deberes, debemos rodearnos de todas las precauciones para evitar en lo posible la temible infección. Digo en lo posible, porque de cuando en cuando, rara vez por suerte, mueren mujeres bien atendidas, en las que el examen de conciencia más minucioso no permite percibir la invisible fisura por la que se ha introducido el microorganismo de excepcional virulencia.

No deben llevarnos estos hechos al nihilismo profiláctico, porque aunque sea adelantarnos al estudio de la infección puerperal, podemos decir que: la heteroinfección es la regla y la autoinfección, la excepción.

¿Cómo haremos esta profilaxia?

Si nuestra cliente es sana, si el marido de nuestra cliente es también sano, no ganamos nada con irrigar más o menos copiosamente la vagina. Esta no tiene bacterias patógenas y corremos riesgo de llevarlas con la inyección vaginal. No hago con esto el proceso de este medio al que debemos indudablemente los primeros éxitos obtenidos en la lucha contra la infección. Combato la inyección común, habitualmente mal hecha, y por lo tanto más perjudicial que útil. Debemos, pues, aconsejar sólo la exacta limpieza de los órganos genitales externos, que se hace bastante mal aún por mujeres

cuidadosas y que es menester enseñar a practicar convenientemente. Pero por poco que del examen no fluya la convicción de la ausencia de toda lesión, debe emprenderse enseguida la cura respectiva.

Ninguna mujer aborta por curaciones cervicales bien hechas, y esta noción debe hacernos más audaces que nuestros predecesores. Hay que tratar la cervicitis del embarazo con tanto tesón como fuera de él, perseguir las bartholinitis y periuretritis insidiosas, vigilar las orinas turbias de las pielonefríticas latentes.

El tratamiento debe hacerse con constancia, pues a menudo el embarazo exacerba y prolonga dichas afecciones. No debe perderse de vista la vejiga; esas leves cistitis a coli-bacillus pueden dar origen, como he visto un caso, a temibles infecciones; nuestras precauciones resultarán inútiles si por una vulva o vagina mantenidas celosamente indemnes, corre después del parto una orina séptica. Esta profilaxis enérgica da resultados notables y ningún médico, aún no especialista, puede eximirse de ella.

Hay ventajas, cuando la infección blenorrágica es bilateral en tratar también con energía la uretra marital.

Es para estos casos que indicamos la abstención conyugal más absoluta, so pena de ver malograr todo el tratamiento.

La cuestión relativa a las relaciones sexuales sépticas nos conduce a tratar una que tiene mucha conexión con ella.

Aún dejando de lado las uretritis específicas, aún teniendo en cuenta el poder bactericida de la secreción vaginal, es indudable que en los últimos días del embarazo el coito puede ser peligroso. El glande, el prepucio, la piel del pene, hormiguean de microbios aerobios y anaerobios, y es ridículo tomar mil precauciones para una inyección vaginal y luego tolerar el coito.

¡Cuántas de esas observaciones de autoinfección, en las que los autores señalan la ausencia de tactos y de inyecciones vaginales, no tendrán por origen un coito ignorado, verdadero "coup de l'etrier" antes de la forzosa abstinencia postpuerperal!

Es un detalle digno de tenerse en cuenta, y por eso es

conveniente el alejamiento del marido y la prohibición de las relaciones sexuales en los últimos quince días del noveno mes.

De lo expuesto fluye que dentro de los cuatro postulados expuestos caben todas las preguntas y los consejos de detalle que puedan preguntarse al médico o que este deba formular.

Es menester no olvidar como ya lo decía que todo lo referente a la higiene obstétrica tiene tanto alcance social como individual y que al proporcionar un parto fácil y un puerperio normal a la vez que propiciamos un desarrollo correcto del niño aseguramos la conservación de la madre, engranaje indispensable de nuestra organización social y de perpetuación de la especie.

Distocia anular

Hace algunos años un distinguido cirujano decía con cierta sorna a uno de mis asistentes que la distocia anular era una creación de mi fantasía obstétrica.

Juzguen ustedes esa opinión escuchando estas dos observaciones; una es el primer caso observado por mí, a quien dejó perplejo, pues no conocía esa distocia, confundida en todos los clásicos con el grupo, aún hoy no completamente disociado, de las distocias por exceso de contracción uterina y la otra un ejemplar típico de los estragos que el extracto del lóbulo posterior de la hipófisis puede causar cuando es mal manejado.

1.a observación: a fines de noviembre de 1897 era llamado urgentemente hacia las 23 horas por un colega que me pedía acudiera con mi basiotribo. Llegado a casa de la enferma tuve los siguientes datos: se trataba de una gran multípara, a término; la ruptura de las membranas había sido precoz y verosimilmente practicada por la partera, con el objeto de adelantar la marcha del parto. Llamado el doctor X, había practicado cuatro aplicaciones de forceps infructuosas; en vista de esto llamó al doctor Z., que practicó otras tres aplicaciones, obteniendo como único resultado transformar la presentación de vértice en presentación de frente. El doctor Z., se retiró aconsejando la administración de sulfato de quinina. Así se hizo y la enferma tomó 1 g. 50 sin más resultado que la completa tetanización del útero.

En esas condiciones ví a la enferma y observé lo siguiente: enferma muy obesa, de vientre péndulo, llena de enormes várices que cubrían los miembros superiores, vulva, periné y que por el tacto se notaban hasta en los ligamentos anchos, formando verdaderos paquetes de varicocele pelviano. P. 120. T. 37.5. Utero vacío de líquido y contracción constante poco dolorosa; constaté una presentación de frente en fronto-ilíaca

izquierda transversa, prolapso del cordón sin latidos, pelvis normal, cuello completamente dilatado.

En vista de la muerte del feto y de la ineficacia del forceps, recurrí directamente al basiotribo Tarnier. La aplicación y el aplastamiento fueron fáciles, la presa cefálica buena y sin embargo a las primeras tracciones el instrumento aflojó; hice un segundo aplastamiento en dirección perpendicular al primero y volvió a aflojar. Este hecho inusitado hizo que volviera a examinar a la enferma; la cabeza aplastada como una galleta oscilaba libremente en el segmento inferior del útero dilatado y al nivel del cuello del feto el anillo de Bandl (así le llamábamos todos en aquella época), constituía un grueso dogal retraído.

La experiencia de los tracciones hechas hechas con el basiotribo me había demostrado que junto con el feto arrastraba también al útero; repetir las tracciones era hacer correr a la enferma graves riesgos y por otra parte tentar la versión era arriesgadísimo por la posibilidad de una ruptura uterina; sin embargo, careciendo en la cabeza aplastada de un punto de apoyo sólido, tuve que decidirme por aquella.

La operación me ofreció dificultades inconcebibles originadas: 1.° por la vacuidad del útero; 2.° por la retracción del anillo distócico que resistió a la anestesia clorofórmica, y 3.° por el volumen excesivo del feto; además la acción de la quinina sobre el miometro hacía que no hubiera interrupciones en la contracción. En fin, después de repetidas introducciones de ambas manos pude sucesivamente traer a la vagina los dos pies y colocar un lazo en cada uno de ellos. Esa sola maniobra duró desde la 1 y 45 hasta las 4 y 35!

Llegado a este punto, exhausto pedi a otro colega que concluyera la extracción; el doctor B. cuyo vigor era conocido debió hacer aún media hora de esfuerzos para extraer el feto; éste, cuyo peso no pudo registrarse tenía un diámetro biacromial de 17 centímetros en vez de los 12 normales.

Tan reiterada, grave y larga intervención tuvo la terminación que hacía esperar la absoluta falta de asepsia en las primeras etapas del parto: la enferma murió de septicemia sobre - aguda menos de 30 horas después del parto.

2.a observación: primigesta normal, ligeramente obesa, a término. Se inicia el trabajo el 21 de abril de 1924 a la noche y procede sin tropiezo hasta el 23 por la mañana, en que la partera, con una dilatación de 3 centímetros escasos, administra 1 cc. de Pituosona subcutánea

El trabajo adquiere un tipo espasmódico y la dilatación se detiene. Llamado por el médico de cabecera veo a la enferma en la tarde del 23 y diagnostico: distocia anular. Hay un anillo muy visible a la inspección: feto vivo en O. I. I. P. cuello aplicado estrechamente sobre la cabeza y que empieza a edematizarse; contracciones violentas con deseos incesantes de pujar. A las 16 horas ordeno 1 cc. de Pantopón que se repetirá en la noche según la marcha del parto. La noche pasa relativamente tranquila; se han dado 2 centímetros de Pantopón a las horas 20 y 1.

De mañana me anuncian que el cuello ha aumentado su dilatación un poco pero que el encajamiento aún no se ha producido. A las 15 horas se me dice que la "cabeza está en el periné y que la dilatación es completa". En vista de esas noticias, rechazo la sugestión de una nueva inyección de Pituosona que me hace el colega asistente y aconsejo un forceps. Bajo anestesia el colega lo practica y falla; un tacto manual más profundo le demuestra 1.° que la cabeza está aún alta y que sólo ha descendido una voluminosa bolsa serosanguinea y 2.° que en bandolera, del cuello a la axila del lado opuesto un anillo infranqueable obstaculiza la salida. El feto continúa vivo. Veo entonces a la enferma y me inclino a la cesárea por las siguientes razones: 1.° feto vivo y que no parece haber sufrido en demasía; 2.° primiparidad que, junto con el edema del cuello, van a exigir traumatismos serios de las partes blandas para la extracción; 3.° muerte casi segura del feto en esas maniobras; 4.° fragilidad muy probable del segmento inferior por la prolongación del parto, presión de la cabeza y acción de la Pituosona. Decidida la intervención me inclino a la cesárea transperitoneal segmentaria por pensar que es la que menos arriesga infectar el peritoneo, dada la posible infección uterina explicable por la larga duración del parto y los muy numerosos tactos que se han practicado durante su evolución.

Operación. Anestesia: eter por el doctor Lorenzo. Ayudantes, doctores Ernesto Quintela y Correch. Posición de Trendelemburg. Incisión paramediana izquierda infra y supra umbilical. Exteriorización del útero y protección de la masa intestinal con compresas de Faure. Clausura provisoria de la parte alta de la incisión con pinzas de dientes. Sección de los dos colgajos peritoneales y despegamiento. El superior es muy friable y se desgarra al llegar cerca de su límite superior. El inferior se despega fácilmente constituyendo la dificultad mayor el hecho de estar la vejiga distendida y procidente sobre la zona de incisión. (El cateterismo no ha sido posible por acuñamiento de la cabeza a la pared pelviana). Incisión uterina y extracción manual de la cabeza muy sujeta por su bolsa sero-sanguínea en la pelvis y deformada. Al salir desgarra hacia el cuello la pared uterina en una extensión de unos dos centímetros. Inyección intramuscular uterina de Adrenalina y alumbramiento artificial fácil. El útero se contrae regularmente. Sutura uterina, sutura del colgajo superior recubriendo la herida. Sutura del colgajo inferior que resulta vésico peritoneal pues sólo así me da garantía de protección efectiva (friabilidad del colgajo superior). Colocación de un pequeño Mickulicz pelviano y sutura en tres planos. Suero submamario clorurado y rectal glucosado durante toda la noche. Al salir de la operación la enferma está fuertemente shockada y éste estado persiste hasta las dos de la mañana en que se inicia una reacción pasajera.

La intervención duró en total 45 minutos. El feto nació asombrado pero fué reanimado con maniobras de respiración artificial.

La enferma permaneció fuertemente schockada durante casi 24 horas, pero poco a poco y con ligeros incidentes fácilmente vencidos fué dada de alta a los 20 días de la operación. El feto se desarrolló en perfecto estado.

Ven pues ustedes que existe una terrible distocia a la que conviene designar con el nombre de: distocia anular, que tiene la ventaja de no prejuzgar ni sobre la ubicación ni sobre la patogenia del accidente y a la vez evoca ante ustedes la configuración gráfica del obstáculo: *un anillo uterino.*

Más de una vez — y yo mismo cometí el error — ha sido designado con el nombre de distocia por retracción del anillo de Bandl, pero debe desecharse tal designación porque da por existente un anillo fisiológico de contracción uterina, mientras que la realidad es otra.

El relieve que se observa en muchas piezas anatómicas de úteros parturientes, es unas veces un artificio de preparación debido a la retracción cadavérica de las fibras musculares o bien es la exteriorización de un estado patológico de la pared.

Sin embargo no es posible, aún dentro de la mayor normalidad, negar que en el útero vivo, en los partos prolongado y en virtud de la especial fisiología de la fibra muscular uterina puede con relativa frecuencia observarse un resalto de la pared, tanto más elevado cuanto más largo ha sido el trabajo de parto y que señala el límite entre la porción aún energicamente contractil del cuerpo uterino y las regiones inferiores paresiadas por distensión y contracciones reiteradas durante largo tiempo.

Pero este anillo que no tiene una situación anatómica fija — como la que se le atribuyó por Bandl y otros — no representa nunca un obstáculo a la progresión del feto, no modifica la marcha y la fisonomía del trabajo de parto, en una palabra no constituye un factor de distocia

Para mejor entendernos es indispensable repasar ante ustedes en forma somera la fisiología del útero grávido.

Del punto de vista que nos interesa podemos definir al útero como un saco contráctil recubierto y forrado por membranas sensibles, (peritoneo y mucosa), y constituído por anillos musculares transversales y accesoriamente por arcos longitudinales y oblícuos. Nos llevaría muy lejos de nuestro tema repetir las discusiones aún no clausuradas sobre el origen del segmento inferior; vale más estudiarlo ya constituído al final del embarazo y en particular durante el trabajo de parto.

En este momento podemos considerar al útero como compuesto de dos regiones: una superior, espesa, fuertemente contractil y una inferior más delgada, distendida — par-

ticularmente en las primíparas desde los últimos meses de preñez y cuya contractilidad ya fisiológicamente menor por su propia textura anatómica, se reduce al empuje de las contracciones de la porción superior y de su ocupación por porciones cada vez mayores del cuerpo fetal.

En ese estado de equilibrio cinético inestable que acompaña al final del embarazo, hay una serie de factores aún incompletamente estudiados que explican el estallido del parto, y que cuando adquieren su máximum de eficiencia configuran las modalidades propias del útero parturiente.

La contracción uterina fisiológica del trabajo del parto es pasajera, breve, intermitente, involuntaria y total.

Todas las veces que uno o varios de estos caracteres faltan o se modifican, la mujer está en el umbral de la distocia.

Para que estos caracteres se encuentren integralmente representados es menester que los factores anatómico-clínicos del trabajo del parto estén presentes en su totalidad y siguiendo cierta progresión que la más tradicional Obstetricia ha sancionado sin oposición de las más modernas investigaciones.

Si durante todo el embarazo el huevo por sus conexiones placento-membranoso-uterinas ha constituído un todo homojeneo con la pared contráctil, ya al final del embarazo por su polo inferior, histológica si no macroscópicamente desprendido, empieza a constituir un cuerpo extraño que excita la red sensitiva del segmento inferior y por su intermedio todo el sistema motor del órgano. A este reflejo responde la contracción uterina que mecánica y fisiológicamente va a realizar la división en dos segmentos de actuación distinta.

Ya hemos hablado de la paresia por distensión y fatiga; debemos agregar que en el útero se cumple también la ley de Bayliss y Starling para el intestino; la excitación de una zona provoca la contracción parietal por arriba del obstáculo y la relajación por debajo.

Ambas modalidades explican a mi juicio la dilatación y borramiento del cuello así como la ampliación progresiva del segmento inferior. Sin negar la acción evidente de la bolsa de aguas en la producción de las dos primeras modificaciones

citadas no cabe duda que la aplicación de la ley de Baylis y Starling las explica cuando en las viciaciones pélvicas la cabeza no encaja y la bolsa de aguas se ha roto prematura o precozmente.

Para mejor comprender las alteraciones de la motricidad uterina, conviene establecer que el *tono uterino* es la resultante de dos órdenes de factores.

Los primeros, intimamente ligados a las propiedades de la fibra muscular uterina y de sus revestimientos seroso y mucoso (sensibilidad, elasticidad y contractibilidad) son el resultado de un reflejo constante, lijero, permanente, provocado para la mucosa por el crecimiento constante del huevo; para la serosa, el contínuo roce de las vísceras abdominales y para la musculosa, el incesante paso de la corriente sanguínea.

En segundo término el tono uterino total está configurado por la tensión propia del huevo. Es indispensable desligar la noción del tono uterino y sus modificaciones — situación estática — de la situación dinámica constituída por la contracción uterina normal y patológica.

El desconocimiento de esta noción es de proyecciones incalculables pues la expresión clínica de sus trastornos se muestra en algunos casos, a la apreciación superficial, con apariencias semejantes y que sin embargo por su esencia son tan diferentes que un error de diagnóstico apareja intervenciones terapéuticas capaces de conducir a los peores desastres.

De ese punto de vista la expresión: inercia uterina es fuente fecunda de distocia secundaria a la intervención del médico. Enmarcando pues las vicisitudes clínicas del útero parturiente con las directivas establecidas: tono uterino y contracción uterina, podemos establecer una clasificación práctica susceptible de guiar al médico entre las emboscadas de la distocia uterina.

Al tono uterino normal que caracteriza al útero en reposo que contiene un huevo sano y en desarrollo fisiológico, podemos oponer dos tipos patológicos de su alteración.

La hipotonía cuyo tipo habitual coincide con la reten-

ción del feto muerto y macerado, pero que también puede observarse en las gravísimas hemorragias del parto y sobre todo del alumbramiento y puerperio reciente, que vacían el sistema vascular erectil del útero; alguna vez puede observarse también en casos de infección amniótica con fisometria moderada.

La hipertonia, que transforma al útero en un quiste de alta tensión, acompaña a todos las distensiones exageradas del huevo (hidramnios, embarazo gemelar, feto gigante, apoplegia útero-placentaria).

La contracción uterina, como que sus caracteres son múltiples, puede dar origen a variadas modalidades, pero como los más importantes se refieren a su energía originan dos tipos diametralmente opuestos.

En la hipocinesia la contracción se caracteriza por su brevedad, su ineficacia, su rarefacción; cuando actúa aisladamente constituye el tipo clásico de la inercia uterina primitiva y alguna que otra vez de la inercia secundaria, pues como veremos, bajo esta apariencia, más de una vez se oculta un tipo complejo que exije una conducta terapéutica diametralmente opuesta a la que requiere la inercia verdadera.

La hipocinesia también se observa con preferencia en los alumbramientos consecutivos al parto prolongado y es factor de hemorragias que, habitualmente atribuídas a despegamientos parciales de la placenta, son en realidad dependientes de la paresia del segmento inferior .

Las hipocinesias verdaderas del trabajo son por excepción motivos de preocupación para el obstetra.

Muy diferentes son en su producción, evolución, complicación y tratamiento las hipercinesias.

La hipercinesia o hipersistolia puede observarse en variadas circunstancias: por excitación anormal de la fibra muscular, ya sea química (cornezuelo de centeno, extracto hipofisiario posterior), ya sea mecánica (globo de Champetier, dilatadores cervicales, maniobras operatorias: forceps, versión, dilatación manual del cuello). Otras veces la hipercinesia es provocada por la lucha contra un obstáculo (pelviano, perineal, cervical, tumor previo, presentaciones fetales atípi-

cas), y en estos casos no es raro que llegue el excitante hasta provocar la contractura muscular.

Si todo se produjera en la clínica con esta sencillez esquemática nada sería más fácil que distinguir los tipos definidos. Pero es que con frecuencia pueden combinarse modalidades antagónicas para realizar sindromas no siempre fáciles de discernir.

Tomemos un ejemplo: una grávida sometida a un traumatismo hace un desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta cuyo hematoma provoca una hipertonia, pero como las lesiones no alteran la fibra muscular pero sí determinan una excitación anormal llevan a una hipercinesia que termina en breve plazo la expulsión. En este caso el tono y la contracción se modificaron en el mismo sentido.

Otro ejemplo: otra grávida, brightica antigua, desprende su placenta y con ella va a las lesiones de la apoplegia útero placentaria. Por su hematoma extensivo hace una hipertonia, por la lesión de sus fibras musculares, por su disociación, provoca una hipocinesia.

Otro ejemplo frecuente de hipertonia con hipocinesia nos lo dan los grandes hidramnios en los que la exagerada distensión de las fibras uterinas inhibe su potencialidad contractil con todas sus consecuencias. La experiencia demuestra que basta una evacuación moderada de líquido amniótico para que — aún persistiendo cierta hipertonia — el músculo recupere su contractilidad y el parto prosiga regularmente hasta su terminación.

Hasta ahora hemos considerado las modificaciones del tono y de la contracción musculares como fenómenos totales y así en efecto se ven con frecuencia; pero no menos frecuentemente ambas modalidades pueden observarse parcialmente.

Ya hemos citado al pasar las hipocinesias del alumbramiento no pocas veces limitados al segmento inferior y que con no menos frecuencia se acompañan también de una hipotonia pasajera.

Ejemplo también de hipotonia parcial es la zona fluctuante perceptible en los primeros momentos del hematoma retroplacentario por despegamiento prematuro en la inserción normal.

Hipotónica también es la zona deprimida que señala el comienzo de la inversión uterina espontánea.

Pero si grande es el valor de la percepción de estas hipotonias parciales para el diagnóstico y tratamiento de serias complicaciones, mucho mayor es la importancia del diagnóstico y tratamiento de las hipercinesias parciales de las que precisamente la distocia anular es la entidad clínica más temible y peligrosa.

Lo que hemos recordado de la fisiología del útero parturiente sirve para explicar la formación de esos anillos de contracción que si en los casos normales señalan el límite dinámico del segmento inferior, cuando las características del parto fisiológico se alteran, pueden ocupar alturas diferentes, así como constituirse en porciones segmentarias de circunferencias uterinas.

No es de ahora que mi atención se orientó hacia esta distocia que juzgo *la más grave y frecuente* de las que puedan observarse en nuestro país.

En 1901 presenté al Congreso Científico Latino Americano de Montevideo, mi primer trabajo sobre ese tema que — dicho sea de paso — era muy poco conocido y bastante mal tratado en libros clásicos y publicaciones periódicas. Y no porque no hubiera sido observado; Baudelocque en su "Tratado de los partos" editado en 1781 describe un caso típico de distocia anular. Más tarde se englobó su descripción con la de las retracciones y contracturas uterinas y es sólo al final del siglo XIX y principios del actual que un mejor conocimiento de la fisiología uterina le dió personalidad clínica.

Así, poco a poco, y con denominaciones diversas ha ido constituyendo su historia, pero aún ahora, como lo verán ustedes, hay lagunas de nuestro conocimiento, particularmente en lo que a alguno de los factores etiológicos se refiere.

¿Cómo se manifiesta clínicamente la distocia anular?

Unas veces la evolución del parto clama a gritos por el diagnóstico evidente y — triste es decirlo — el médico o la partera asistentes desoyen este llamado y con una desaprensión que asombra cuando no indigna, hacen caso omiso de un cuadro completo y evidente y emprenden la terapéutica más irracional e ilógica.

Otras veces — y esto es lo grave — el síndrome es frustráneo, pocos signos y casi ningún síntoma hacen prever la distocia y es en el curso de una intervención evacuadora que un inesperado obstáculo infranqueable llama la atención del operador y una exploración más profunda y cuidadosa aclara la situación hasta entonces oscura y espontáneamente insoluble.

Felizmente el primer tipo es el más frecuente y a él dedicaremos en primer término nuestra descripción.

La distocia anular es la principal provocadora del *parto lento y prolongado.*

En un cómputo estadístico que realicé en ocasión del curso de ampliación de 1928 y que comprende los casos observados en la Clínica Obstétrica a mi cargo desde junio de 1916 a junio de 1922 sobre 51 casos anoto:

Duración	hasta 24	horas	=	4	casos
»	de 25 a 36	»	=	9	»
»	de 37 a 48	»	=	19	»
»	más de 49	»	=	19	»

es decir, que 47 veces en 51 casos la duración del parto fué superior a 24 horas, tiempo considerado como el máximum para partos normales. Pero no solamente el parto es lento y prolongado, sino también *muy doloroso.*

Bien sabido es el período de calma intercalar entre las contracciones dolorosas normales; en la distocia que nos ocupa este alivio no existe y la enferma permanece dolorida entre las contracciones, predominando las irradiaciones sacrolumbares y crurales que se exacerban a la contracción siguiente. Al estado de algia permanente se agrega una sensación confusa de enervamiento, de inquietud, a las veces hasta de agitación mental que concluye por hacer intolerable la situación de la enferma. Y en medio de este cuadro de hiperactividad aparente del útero desentona la ineficacia de tanta agitación.

Reiterados exámenes — ¡y cuántos se reiteran inútilmente en clientela civil por los inexpertos! — demuestran

que la presentación no adelanta, que el parto durante horas y días permanece estacionario; no exagero al expresarme así porque en la casuística a que me refiero encuentro anotadas duraciones de 53, 57, 63 horas, 3, 4, 5, y *siete días!* Es entonces que se pronuncia la grave palabra: inercia.

Sí, inercia, aunque el útero esté a punto de estallar — y a las veces estalla — por hipercinesia, y a renglón seguido se echa mano del extracto hipofisiario con el éxito que es de preverse.

Frente, pues, a un parto con la fisonomía que hemos esbozado es indispensable averiguar su verdadera causa.

Un primer hecho cuya frecuencia he podido anotar con suficiente regularidad para llevar a la presunción de la distocia anular es la obesidad. Creo haber sido el primero en apuntarla, ateniéndome a la opinión del profesor De Bovis en una revista general publicada en la "Semaine Médicale", de 1909. En mi primera serie (1916) la encontré en el 50 o|o de los casos.

¿En qué forma puede esta distrofia influenciar la contracción uterina? Mucho he pensado en ello; he consultado a fisiólogos y clínicos de nota y ellos, como yo, han quedado perplejos ante tal coincidencia. Sea cual fuere, pues, el mecanismo, desconfíen ustedes de las parturientas obesas; es de noción corriente entre el público la frecuencia en ellas de partos anormales.

Síguele en importancia a la obesidad la ruptura prematura o precoz de las membranas. En la serie estudiada en 1916 observé la ruptura precoz o prematura 73.4 %; en la serie 1917-1922, en 51 casos hay 14 rupturas prematuras y 32 precoces o sea una proporción de poco más de 90 o|o! ¿Cómo explicar esta enorme frecuencia? La bolsa de aguas intacta ejerce una presión excitadora regular e igual en toda la extensión de la circunsferencia del orificio interno, punto de partida del reflejo motor; nada hay pues de extraño que si a esta cuña regular, suave, intermitente, se sustituye la presentación, a menudo irregular, más traumatizante, que lamina los tejidos contra las paredes pelvianas, provocando trastornos circulatorios y luego alteraciones tisulares, el estímulo a

la contracción permanente, atípica, provoque también modificaciones en la dinámica muscular del útero.

Llamará también la atención del médico, ya despierta por la obesidad de la enferma, el volúmen del útero que — dada la frecuencia de su vacuidad por ruptura de las membranas es solo atribuible al volúmen del feto.

En efecto, el feto voluminoso se encuentra con tal frecuencia en los casos de distocia anular que debemos contar con él como factor etiológico de gran importancia. En la primera serie de mi casuística hay fetos voluminosos en la proporción de 78.5 %; en la segunda 62.7 % pesaban más de 3.500 gramos, de los que 34 % pesaban más de 4.000 gramos.

Por lo que respecta a las presentaciones, si bien es cierto que las cefálicas mantienen su predominio, las presentaciones de nalgas y hombro se observan con mayor frecuencia de lo normal (10 % para las podálicas, 2 % transversales).

Pero si globalmente resalta el predominio de las presentaciones eutócicas, un estudio detenido de las observaciones demuestra con cuanta frecuencia se observan pequeñas desviaciones (asinclitismos anormales o exajerados, flexiones o deflexiones incompletas) que unidas al exceso de volúmen que dificulta la acomodación, explican la inadaptación del polo declive y su acción irregularmente excitante de la contracción uterina.

Como se ve, desde el examen somero de la enferma, podemos encontrar rastros que nos conduzcan a un diagnóstico correcto: Parto prolongado y anormalmente doloroso, obesidad, ruptura prematura o precoz de las membranas, feto voluminoso, inadaptación fetal inexplicable por obstáculo pelviano.

Es entonces que debemos afinar nuestro examen y buscar, buscar con extremo cuidado los signos precisos de la distocia anular constituída.

Salvo los casos de obesidad excesiva, la exploración de la pared abdominal, permitirá ver y palpar un surco característico. Eliminada la existencia de una vejiga llena, durante la contracción y en los casos graves aún en sus intérvalos, se vé y se palpa un surco transversal o ligeramente oblícuo, ge-

neralmente supra - púbico o a lo sumo infra - umbilical que separa el útero en dos porciones: una alta, casi siempre hipertónica y una inferior adelgazada, a menudo dolorosa a la palpación, al través de la que es fácil distinguir los detalles, de la presentación.

El tacto vaginal es aún más característico y son sus resultados mal interpretados los que arrastran, a los que no conocen la grave distocia que nos ocupa, a las más difíciles, atípicas e irracionales intervenciones.

Es que nada puede inducir más a error que la apreciación superficial de lo que se tacta.

¿Como dudar de una fácil terminación por forceps o por versión cuando el cuello blando, ampliamente permeable no ofrece resistencia alguna a la exploración de una cabeza cuya movilidad aleja la idea de una desproporción feto materna?

Es precisamente la constatación de esos dos signos que para impresionar la imaginación y mantener el recuerdo he llamado: *signos "de la manga vacía"* y *"del badajo de campana"* que debe hacernos *pensar siempre* en la distocia anular y buscar más allá de la apariencia engañosa, la realidad brutal de un obstáculo invencible.

El obstáculo está por arriba, a las veces muy por arriba de la parte accesible de la presentación y hay que buscarlo con tesón para que, habiendo pasado desapercibido no malogre la extracción fetal mejor concebida y ejecutada.

El tacto manual profundo demostrará la existencia de un reborde saliente, duro, inextensible, infranqueable en particular durante la contracción, total o parcialmente circunferencial, estrechamente aplicado a los huecos del ovoide fetal y por arriba del cual la pared uterina en muchos casos recobra su extensibilidad.

Pero no hay que apresurarse a hablar de distocia anular por la constatación de un anillo; en todo parto prolongado así como cuando maniobras manuales o instrumentales han excitado anormalmente la musculatura uterina suelen observarse ondas anulares de contracción que a veces dificultan la extracción del feto; pero en estos casos a poco de inmovilizarse, de cesar las manipulaciones, la onda contractil se esfuma y todo vuelve a la normalidad.

Cuan distinto es ese dogal inextensible que resiste a las anestesias generales más profundas y que explica las historias espeluzantes de ocho, diez y hasta, como en un caso observado por mí en el Hospital Maciel, en el que, en ciudad, se habían hecho de diez y seis aplicaciones de forceps!

Rememorando mi actuación obstétrica, puedo asegurarles que a la distocia anular debo los momentos más impresioanates y las intervenciones más graves y atípicas.

La dificultad se acrecienta en los casos frustrancos, en los que un anillo parcial, en particular, si situado en la cara posterior del útero, no es perceptible a la inspección y a la palpación.

Puede suceder también que la exploración del cuello y de la presentación no sean demostrativas, pero si se tiene la costumbre impostergable de no emprender ninguna maniobra de extracción fetal sin que un tacto manual profundo haya documentado ampliamente sobre la topografía y los caracteres del campo operatorio — en este caso la cavidad uterina — excepcional será que pase desapercibida la causa de la distocia.

Como ven ustedes, pensar en la distocia anular facilita su diagnóstico y de algunos años a esta parte debe pensarse siempre porque un nuevo factor etiológico ha aparecido con caracteres alarmantes; me refiero al extracto hipofisiario posterior.

En mi primera serie de 42 casos, solo dos veces anoté su empleo; bien es cierto que en 1916 su uso no se había difundido.

En la segunda serie de 51 casos, anoto 2 administraciones en los primeros 40 casos, proporción como se vé apenas superior a la observada en la primera serie, y *cinco* en los últimos *once* partos.

Es decir que de 5 % ha ascendido a cerca de 50 % y si en estos últimos tiempos la proporción parece haber disminuído es porque sabedores médicos y parteras de la acción frecuentemente nefasta del extracto hipofisiario niegan su administración o la enmascaran, cuando la inyección no puede negarse, con los nombres del aceite alcanforado, de la cafeína

y a las veces, como lo he visto en un caso, en que posteriormente fué encontrada bajo la cama una ampolla de Pituosona, con el de la morfina y sus análogos.

Desconfíen ustedes de los partos largos en los que se ha administrado una o más inyecciones apodadas accelerantes o calmantes; averigüen las sensaciones de la enferma después de tales inyecciones y no les será difícil despistar la agravación de dolores y la precipitación de contracciones después de tal aplicación terapéutica.

Como factor de orientación de mucho menos valor que los ya señalados, pero no despreciable debe anotarse la primiparidad que globalmente en las dos series a que me he referido alcanza a poco más de 33 %.

Importancia grande tiene también para despistar y buscar los signos propios de la distocia anular la existencia de maniobras anteriores. Estas maniobras, en particular las que se hacen para dilatar el cuello más o menos rígido, circunstancia de la que nos ocuparemos enseguida, sean manuales, sean instrumentales, son un factor determinante de contracciones atípicas de tipo anular. Es menester pues cuando se interviene de segunda mano explorar profundamente para determinar la existencia de un anillo de contracción provocado o agravado por la intervención precedente.

Algunas veces el signo típico de la manga vacía no se presenta y en su lugar obsérvase un cuello edematoso y rígido, más o menos conservado. Me ha sido dado observar esta circunstancia en primpíparas en las que el síndrome distócico se ha iniciado con encajamiento marcado de la presentación; en estos casos la hipertonia determina un acuñamiento de aquella que comprimiendo fuertemente el segmento inferior contra la pared pelviana origina trastornos circulatorios primero y luego invasión microbiana que conducen a la rigidez cervical.

Son estos casos los que aún a obstetras avezados hacen caer en error pues la sintomatología de la distocia por rigidez cervical y la que corresponde a las formas frustráneas de la distocia anular se superponen para confundir el diagnóstico, pues que no es posible sin vencer la primera alcanzar

la segunda y ya hemos visto hasta que punto los medios clásicos de vencer la distocia cervical son capaces de agravar la distocia anular.

Felizmente la orientación terapéutica actual encara los casos no complicados de infección con un criterio que contempla ambas eventualidades y conduce a resultados muy superiores a los observados en otras épocas.

Nada puede mejor demostrar la gravedad de la distocia anular como el estudio de su pronóstico.

A este respecto nada más significativo que la comparación de la mortalidad de mis series 1896 - 1916 y 1917 - 1922; en la primera, que comprende casos gravísimos, tratados a la manera clásica, con las más variadas y complejas intervenciones arroja una mortalidad de 7,1 mientras que en la segunda, que benefició de la experiencia adquirida por mí del punto de vista de la conducta terapéutica la mortalidad alcanzó a 17 %.

Tal divergencia se explica considerando que la mayor parte de las observaciones de mi primera serie corresponden a mi clientela civil, casos seguidos muy de cerca, precozmente y en los que por excepción hube de intervenir de segunda mano. En la segunda se trata de casos de mi servicio clínico, llegados tardíamente después de largos días de trabajo de parto, múltiplemente tactados, intervenidos antes de su ingreso una o varias veces, infectadas en una proporción de casi 20 % en el momento de su ingreso.

Es evidente que el diagnóstico precoz, una terapéutica racional y una buena asepsia aseguran una proporción de éxitos que rebajará estas cifras elevadas de mortalidad. A estas tres condiciones debo la casi desaparición de la distocia anular en mi clientela y una mortalidad nula desde 1917 a la fecha.

Desgraciadamente a esta mortalidad materna que el porvenir tiene que reducir hay que oponer una mortalidad fetal alta sobre la que debemos explicarnos. La mortalidad global de la primera serie es de 45,2 %; la de la segunda 33 %. Cómo interpretar estas cifras.

Por de pronto debemos deducir una proporción crecida

de fetos muertos cuando las enfermas llegaron a nuestra observación, o cuya vitalidad comprometida por los trastornos circulatorios provocados por la hipertonía o por las tentativas de extracción a que fuera sometido. En nuestra primera serie no dudo que la alta mortalidad debe atribuirse a las intervenciones extractivas efectuadas por mí, cuando no la conocía como la conozco ahora y me atrevía a abordarla de frente y agresivamente.

Alguna vez se me ha objetado que el tratamiento **médico espectante** que aconsejo era responsable de un cierto número de muertes; a ello contestaré que si hay algo que pueda defender la vitalidad del feto comprometido por las contracciones subintrantes de la hipercinesia y la presión concéntrica de la hipertonía es el destierro de toda maniobra de extracción previa a la desaparición de la distocia.

Basta recorrer el detalle de las primeras veintiocho observaciones de mi primera serie para comprender los estragos de la lucha a viva fuerza contra el anillo distócico.

No dudo que el mejor conocimiento de la distocia anular en su etiología y en su evolución tiene que mejorar el pronóstico fetal como ha mejorado el pronóstico materno, sin tal vez alcanzar una mortalidad nula porque siempre persistirá un factor incognoscible: la fragilidad fetal que, variable frente a la agresión uterina, podrá malograr nuestras más racionales tentativas de conservación.

¿Cómo termina la distocia anular? En general es un callejón sin salida que exige la intervención del médico, feliz para la enferma cuando es diagnosticada y tratada convenientemente; en el caso contrario son las intervenciones fantásticas que duran horas y de las que la madre y el feto salen como puede imaginarse.

Otras veces, después de un calvario de muchas horas o días, el feto muerto y macerado o putrefacto es expulsado expontáneamente.

A veces — la Naturaleza tiene bromas pesadas — después de múltiples esfuerzos de uno o varios operadores, cuando fatigados de inútiles esfuerzos toman alguna hora de reposo y se le conceden a la enferma, el anillo cede y la expulsión se hace expontáneamente, con gran confusión de los espectadores.

Alguna vez cuando el obstáculo, viciación pélvica, hidrocefalia o presentación transversal es invencible, la ruptura uterina es la terminación trágica de la distocia; tres veces la he visto y las tres madres murieron.

Este cuadro que no tiene nada de exagerado justifica mi afirmación sobre la gravedad de la distocia anular, no rara en sus diferentes modalidades, pues que se presenta en la clínica una vez sobre cada 120 a 150 casos y en clínica civil una vez sobre 200 o 220 casos.

Conocido el pronóstico, forzoso es confesar que está subordinado al tratamiento; la evolución cada vez más favorable de los casos tratados con arreglo a los preceptos que creo ajustados al mecanismo de producción de la distocia nos señala la buena vía; veremos luego si conviene iniciar otra orientación coincidente con el concepto que tenemos de su evolución.

¿Cabe hablar de un tratamiento profiláctico? Encuentro la respuesta afirmativa en la desaparición progresiva de la distocia anular en mi clientela civil y en mi servicio clínico en las mujeres que seguidas de cerca proporcionan el más adecuado material de estudio.

Un simple repaso de los factores más frecuentes de su etiología nos dará la clave de su profilaxis.

La obesidad debe ser combatida con energía y aunque no tengamos la misma certeza en sus resultados, el tratamiento que para combatirla empleemos repercutirá con alguna eficacia en el metabolismo fetal impidiendo los excesos de volumen.

Un régimen de alimentación estricto en el que los hidratos de carbono se reduzcan al mínimum compatible con las necesidades feto-maternales; la endocrinoterapia manejada prudentemente; la gimnasia y el masaje, la deshidratación prudente con los baños de vapor y los purgantes de acción suave darán eficaces resultados cuando se pueda disponer de algunos meses.

Los obstáculos pelvianos directos o indirectos serán fáciles de despistar y tenidos muy en cuenta para apreciar la marcha del parto e impedir que el útero se encabrite contra

ellos. De igual manera será fácil apreciar las pequeñas y grandes desviaciones de presentación así como las torsiones e inclinaciones uterinas, que dirigen la presión fetal contra los bordes de la pelvis, malogrando su acción ampliadora del segmento cervico-uterino inferior y excitadora normal del reflejo motor.

Vista la importancia que la ruptura de las membranas tiene en la producción de la distocia anular, todas las precauciones deben observarse para mantener su integridad y, producida la ruptura, para que el útero conserve el mayor tiempo posible su contenido líquido.

Si la proscripción del tacto vaginal debe ser la regla en el parto normal, debe exagerarse este concepto cuando se han roto las membranas. Factor de infección y de irritación sensitiva debe ser reemplazado por el tacto rectal que proporcionará útiles y suficientes datos sobre el estado del cuello y de la presentación.

Debe desconfiarse de las mujeres que llegan al parto en estado de excitación mental, de terror y de angustia; estas pacientes en las que no es raro encontrar el cuadro más o menos completo de la vagotonia son candidatas a las hipertonias e hipercinesias uterinas. Hay que calmarlas a todo trance, hay que tenerlas en estado de hipopsiquismo crepuscular, si es necesario debe hacérselas dormir; el luminal, el veronal, el fanodormo, los numerosos derivados de la malonylurea serán empleados con positivo beneficio.

Pero a las veces la distocia se instalará a pesar de todos los cuidados, o porque el llamado al obstetra habrá sido diferido o lo que es peor porque éste ha sido llamado después de varias tentativas para vencer un obstáculo muchas veces ignorado. Antes he dicho que la primera razón del éxito está en hacer un diagnóstico correcto; agregaré ahora que no se debe entablar un duelo de fuerza con la distocia.

Jamás debe lucharse de frente con la distocia anular.

Repasando mis viejas historias clínicas encuentro enseñanzas provechosas; hasta 1907 soy emprendedor y agresivo y durante veinte y tantas observaciones desfilan intervenciones largas, penosas, difíciles, arriesgadas de las que casi siem-

pre salieron con vida mis enfermas porque siempre procedí con excesiva prudencia.

Múltiples aplicaciones de forceps, versiones internas, basiotripsias, combinaciones variadas de estas operaciones.

A partir de esa fecha en vez de emplear timidamente la morfina y sus derivados a la manera de los clásicos, la uso "larga manu", observo muy ceñidamente su acción y contemporáneamente con esa terapéutica las terminaciones son más benignas y por lo tanto su pronóstico. Empiezan a menudear las expulsiones expontáneas las aplicaciones de forceps son terminales y únicas, muy frecuentemente fáciles.

En la serie 1917-1922 encuentro que en 51 casos la expulsión espontánea se produjo 9 veces y se practicó el forceps en 30 casos; la version interna 2 casos; forceps y version 3 casos; extracción de nalgas 3 casos; basiotripsia 1 caso; versión y basiotripsia 1 caso; operación cesárea 2 casos. Pero más instructiva que estas cifras es la apreciación de las intervenciones: 32 veces la intervención fué fácil y si agregamos esta cifra a las 9 expulsiones expontáneas llegamos a 41 terminaciones facorables en 51 casos, es decir en más de 80 % y eso tomando todos los casos ingresados en el servicio, al que llegaron en su inmensa mayoría con su distocia anular constituida.

Qué diferencia en la serie 1896-1916 en la que anoto para 42 casos, 28 terminaciones difíciles y 14 facíles (33 o|o) !

Hay pues que convencerse que tenemos en la morfina un agente de una eficacia indiscutible, pero a condición de usarla a dosis suficiente.

No entraré a estudiar el mecanismo interno de su acción, que en los casos en que resulte ineficaz plantea problemas inherentes a la patogenia de la distocia anular, tema que no he querido abordar para no apartarme del estudio esclusivamente clínico.

He hablado de "dosis suficiente" ¿cuál será ella? Nunca menor de 15 a 20 miligramos como dosis inicial y repetida en dosis de 1 centígramo mientras persiste el síndrome y no aparece una indicación propia o agena a él que exija un cambio de dirección terapéutica.

Por lo general, salvo los casos graves — casi siempre tributarios de la administración del extracto hipofisiario posterior o de maniobras atípicas o incompletas de extracción — bajo la influencia de la morfina los signos y síntomas se atenúan, la enferma se calma, a menudo se duerme, el útero se aplaca, el edema inicial del cuello se esfuma y después de una calma más o menos larga las contracciones reaparecen con su ritmo normal y la expulsión prosigue normalmente, naciendo la indicación del forceps final más del deseo humano de acortar sufrimientos inútiles que de reales dificultades.

De algún tiempo a esta parte he empleado y aconsejado emplear dos agentes anticonvulsivos poco empleados: el sulfato de magnesia por vía parenteral y el benzoato al bencilo "ab ore". Ni el número de casos ni sus resultados me autorizan a conclusiones terminantes, pero mi impresión les es favorable, aunque más numerosos ensayos deben hacerse para apreciar su valor como sustitutos o adyuvantes de la morfina.

Es evidente que con este agente bien manejado podrán resolverse la mayoría de los casos, pero la mortalidad fetal que aún se anota nos obliga a pensar si no existiría un medio de aminorarla sin aumentar los riesgos maternos.

Es este un problema en el que frente a frente entran en liza la obstetricia tradicional, clásica y las modernas tendencias.

Conocida es mi opinión sobre lo que llamo "la leyenda de vía vaginal inocua"; creo en muchos casos un engaño hablar de menor gravedad de intervenciones en un campo estrecho, fácilmente infectable cuando no virtualmente infectado y que incita al médico práctico a emprender operaciones que rara vez efectúa, como la basiotiopsia, y ante las que a las veces titubea el especialista avezado.

Es evidente que hay circunstancias ante los que no cabe la menor duda. Cuando la partera de guardia del Hospital Maciel me telefoneó participándome el ingreso de una enferma que había soportado 16 aplicaciones de forceps, no titubeé en ordenar que se la prepararse para una laparatomía. Igual cosa hice cuando llegó a mi servicio una enferma con el feto putrefacto en presentación de vientre y con más de 3 días de trabajo de parto.

Es evidente que en casos de este orden, en los que debe temerse la ruptura uterina inminente, sino efectuada, la conducta quirúrgica se impone: histerectomía subtotal sin abertura del órgano.

Pero cabe preguntar si la espectativa prolongada, tributaria de la administración de la morfina no podría ser modificada, abreviándola con ventajas para la madre y el feto.

Desde hace algún tiempo mi criterio ha sufrido una evolución semejante a la que me ha llevado a extender el campo de la cirujía obstétrica en materia de placenta previa.

Las mujeres que padecen de una distocia anular están en potencia, y a veces en realidad, de acidosis; la prolongación del período de huevo abierto explica la frecuencia de los puerperios infecciosos (14 en 51, 26 %); hemos visto también que la mortalidad fetal es alta (aunque las autopsias denoten lesiones no atribuibles a la espera, sino al período anterior).

En presencia de este estado de cosas, me pregunto si no sería el caso de hacer entrar los casos de distocia anular — en los que no exista otra indicación de órden quirúrgico (distocia osea, tumor, placenta previa) — y que no cedan en breve plazo al tratamiento morfínico, dentro del cuadro de las histerotomías segmentarias. A ello me inclino cada vez más fortaleciendo mi concepto de que, aunque parezca paradojal, la Cirujía obstétrica debe ser por esencia profiláctica.

Y es profilaxis impedir la acidosis, prevenir la asfixia fetal, detener los progresos de la infección, cerrar el paso a la depresión psico-física de la enferma y sobre todo extraer el feto en la forma más rápida y menos traumatizante.

Es evidente que los mejores resultados se observarán cuando los casos bien seguidos, puros, no tactados vaginalmente ofrezcan las mejores garantías de una intervención aséptica.

Pero no por eso abandonaremos los casos impuros a una evolución que, si todo induce a pensar que será relativamente favorable, no lo será sino después de un período de espera imposible de precisar, durante el cual nuevos factores de agravación pueden aparecer inopinadamente. A estos hay

que reservar la cesárea baja con exteriorización, técnica de ceñida asepsia y saco de Mickulicz post operatorio.

Frente a la distocia anular estamos pues en una encrucijada terapéutica.

A la morfina bien manejada responderán la mayoría de los casos; a los demás una prudente extensión de las indicaciones de la histerotomía segmentaria modificará favorablemente el pronóstico materno y mucho más aún el fetal; a los casos netamente infectados con feto muerto la histerectomía subtotal sin cesárea previa.

Muerte y retención del embrión durante la primera mitad del embarazo

Así como en los más elementales tratados la muerte del feto en la segunda mitad del embarazo está descripta con lujo de detalles que hacen su estudio y su diagnóstico fáciles, en cambio poco puede leerse en los clásicos sobre ese hecho, cuando se produce en la primera mitad.

Sencilla es la explicación; si difícil es el diagnóstico de vida del embrión y tanto como éste el de la existencia misma del embarazo, en algunos casos las dudas tienen que agigantarse tratándose de determinar la muerte de aquel.

Son tan frecuentes las causas que provocan esta muerte, que en esta multiplicidad estriba la primer dificultad; coinciden tan a menudo estas causas con un perfecto desarrollo del embrión, que de su existencia nada o muy poco podemos deducir sobre la vitalidad de aquél.

Dejando de lado la sífilis, cuya acción letal es bien conocida y sólo batida victoriosamente por un diagnóstico precoz y una enérgica terapéutica, tenemos en primer término la endometritis.

Frecuente, como frecuente es la infección genital gonocóccica, por lo general no lleva sus trastornos hasta poner en peligro la vida del embrión; pero a veces por sí sola basta para infectar suficientemente el huevo hasta provocar su muerte primero, su expulsión después. Los autores italianos han descripto hace algún tiempo una deficiencia de la reacción decidual, cuyo alcance no definen con certeza, pero que han observado con alguna frecuencia en casos en los que ni la anamnesis, ni el examen histopatológico ni clínico, demostraban otra causa de interrupción del embarazo.

Los trastornos circulatorios uterinos, ya tributarios de reacciones congestivas pelvianas intensas en las neuro-artríticas, ya manifestaciones locales de un mal funcionamiento

del aparato circulatorio o renal, pueden, y así lo he visto, determinar la muerte del huevo.

¿Es posible que el mólimen menstrual aparecido muy cerca de una concepción inmediata, previa, pueda provocar alteraciones susceptibles de modificar suficientemente la circulación corial hasta el punto de matar al embrión? No podría afirmarlo, pero la frecuencia de ciertos abortos en las épocas que corresponden al período menstrual inexistente, así como la facilidad de la ruptura o del aborto tubario en épocas análogas, obliga a quedar en una prudente duda.

Entre los estados infecciosos debo señalar la grippe que es eminentemente mortífera para el embrión.

Cualquiera sea la causa que provoque la muerte del embrión, después de un período más o menos largo éste es expulsado, en cuyo caso esta historia se confunde con la del aborto. Pero en un cierto número de casos, esta expulsión se retarda o no se produce; somos entonces consultados, y es recién cuando las dificultades comienzan.

En una lección anterior indiqué a ustedes la eventualidad rara, aunque observada, de la posibilidad de una reabsorción del óvulo fecundado; es una excepción tan grande, que clínicamente no debemos pensar en ella.

Antes de sintetizar los datos que les servirán a ustedes para formular un diagnóstico siempre difícil, expondré algunos casos observados:

I. — Sra. P. de L., multípara, antigua albuminúrica, hoy parece curada. U. R. 11 de febrero de 1914, algunas manchas el 11 de marzo. A fines de febrero algunas náuseas que cesan muy pronto, al revés de los anteriores embarazos que persistían 3 y 4 meses. Desde entonces se ha sentido perfectamente.

El 17 de Marzo, siente algún malestar general y de tarde tiene 37.5. El 18, sigue el malestar, pero la temperatura no pasa de 37.2. A las 23, bruscamente, sin dolores, pierde líquido rosado y enseguida algunos coágulos. Como la pérdida sigue y no hay dolores, veo a la enferma el 19 a las 4; el útero rebasa la sínfisis de un través de mano, cuello duro, entreabierto, por el que sale un coágulo.

Teniendo en cuenta que es una enferma que hace fácilmente hemorragias por inercia, procedo a evacuar el útero. Dilatación fácil y rápida con los Hegar y el dilatador Pichevin. En ese momento aparece en el cuello el huevo amniótico del tamaño de una cereza con un pequeño mechón de corion frondoso. El raspado con la cucharilla roma de Pinard da salida a restos de corion (una cucharada sopera). No hay hemorragia durante el desprendimiento. Escobillonado y taponamiento con gasa yodoformada y glicerina trementinada.

II. — Señora de B. Bípara. Ha sufrido de litiasis biliar. U. R. julio de 1909. Desde fines de agosto en que tuvo inopinadamente un chucho, de cuando en cuando se siente con vago malestar, pierde cada 8 o 10 días unas gotas de sangre achocolatada; en los intervalos no hay flujo vaginal. Desde fines de setiembre tiene todas las tardes un poco de fiebre: 37.1, 37.2, acompañada de cefalea frontal y una pronunciada sensación de astenia.

En los primeros días de octubre la examino y encuentro: cuello largo, duro, no hay reblandecimiento perceptible del hocico de tenca. Útero del tamaño de un puño, de consistencia pastosa (masilla dura); no hay signo de Hegar; no hay calostro en los senos.

Vista la discordancia entre la duración de la amenorrea y los signos uterinos, la fiebre, y las hemorragias atípicas formulo diagnóstico de retención de óvulo muerto. Durante la dilatación del huevo se abre y salen 5 o 6 cc. de líquido amniótico. El raspado da salida a una pequeña cantidad de restos ovulares. No hay hemorragia durante la intervención y los restos ovulares son de color gris-rosado. La temperatura baja desde el 2.º día y la enferma se levanta al 8.º día.

III. — Señora de A. Nulípara. 38 - 40 años. Comienzo de embarazo sin accidentes; hacia fines del 4.º mes, aparición de dolores pelvianos con irradiaciones sacras y a los miembros inferiores. Examinada, se encuentra un útero en ligera retroversión y algunos nódulos fibromiomatosos. No se sienten los latidos fetales, pero sí el peloteo cefálico y la enferma acusa movimientos. Como ninguno de los nódulos es previo se aconseja esperar hasta el término.

Hacia fines del 5.o mes, la enferma tuvo, según se me dijo, un estado gripal que duró algunos días.

Recién volví a ver a la enferma 4 meses después y efectuado ya el parto. Según parece, desde su gripe no sintió más movimientos fetales, siendo su salud perfecta hasta el momento del parto, que se efectuó en las proximidades del término calculado.

Se me mostró el feto, muerto y macerado cuyas dimensiones correspondían a 4 o 5 meses de desarrollo. La placenta muy pálida, fué expulsada sin accidentes y con una mínima pérdida de sangre, pero su aspecto en nada difería macroscópicamente de una placenta viva.

IV. A mediados de agosto de 1909 llegó a mi Policlínica, una mujer italiana, multípara, que dijo tener 25 años, pero cuyo aspecto, facies demacrado y pálido, arrugas, andar despacioso y pequeña dispnea, permitían bien asignarle mucha más edad y un estado de salud muy precario. Nos dijo no haber tenido enfermedad alguna ni accidentes obstétricos de ninguna clase.

Sus últimas reglas eran de enero de ese año, se consideraba en cinta de siete meses y venía a hacerse examinar alarmada de no sentir movimientos fetales. El examen general no permitió encontrar lesiones visibles en ningún órgano; no tenía en ese momento fiebre, ni la tuvo mientras estuvo en observación.

El examen genital nos dió: vulva y vagina pálidas, ligeramente violáceas; cuello de consistencia normal, útero movible, en anteflexión, del tamaño de una naranja grande, de consistencia blanda (solo una vez en un examen pude constatar una contracción), no hay signo de Hegar; no hay nada en los anexos.

Con estos signos, no formulamos sino con muchas reservas, el diagnóstico de retención ovular. Como no existía ningún síntoma que obligara a intervenir, preferimos seguir la observación que se anunciaba interesante. La enferma continuó viniendo a la Policlínica hasta fines de octubre, sin que se notara ninguna variación en su estado; un tratamiento tónico vigorizó algo a la enferma que, sin embargo, continuó pálida y falta de fuerzas.

Desde entonces se perdió de vista a la enferma, hasta los primeros días de febrero de 1910, que el marido me trajo un huevo de 2 a 3 meses, en perfecto estado de conservación, aunque sin líquido perceptible en su interior, y que la enferma había expulsado con muy pocos dolores, en medio de una pérdida de sangre líquida, no mayor que sus menstruaciones. La verdadera menstruación apareció a fines de febrero y se continuó regularmente.

La enferma, en menos de dos semanas. recobró un floreciente aspecto, tanto mejor cuanto que contrastaba con el que había tenido mientras estaba retenido el huevo.

La interesante pieza constituída por el huevo fué sometida al examen, pero un accidente de laboratorio provocó su extravío antes de que pudiera definirse su grado de conservación anatómica.

Como ven ustedes, aún teniendo en cuenta las obscuridades que el tema presenta, hay un cierto número de hechos observados con bastante constancia para que adquieran real valor.

La amenorrea. — Ya en una lección anterior entramos en extensos detalles para establecer el valor del síntoma; bastará que hoy les diga que, en principio, toda amenorrea que aparezca en una mujer durante el período de fertilidad genital debe hacer pensar en el embarazo.

Las secreciones uterinas. — Estas pueden ser la hidrorrea, las hemorragias, la piorrea.

La hidrorrea no es frecuente; signo habitual de una endometritis decidual, por sí sola no basta para afirmar un dignóstico, salvo el caso de ser fétida y acompañarse, por excepción, de expulsión de fragmentos embrionarios.

Las hemorragias tienen, a mi entender, mayor valor. Así como mientras el huevo está vivo (y esto se ve con frecuencia en casos de endometritis grávidica), la pérdida es de sangre pura o casi pura, y estas pérdidas pueden prolongarse durante varios meses (caso personal) sin que eso sea obstáculo para que el embarazo llegue a su término; cuando el embrión ha muerto es frecuente ver que las mujeres pierden un líquido espeso, achocolatado o negruzco, sin fetidez, habi-

tualmente en pequeñas cantidades. Esta pérdida es irregular en cuanto a su época de aparición, a su duración, a su cantidad; algunas veces sólo puede ser recogida frotando el cuello con un trocito de gasa, otras es suficiente para manchar las ropas de la enferma; no se acompaña de dolores, y a lo sumo algunas enfermas se quejan de pesadez lumbo-sacra o de ligera molestia retropubiana en las horas que preceden a la expulsión de ese líquido; pasado este momento, nada vuelve a llamar la atención de la mujer.

Mucho más rara es la piorrea uterina; por mi parte, sólo la he observado en casos d eintensa endometritis y su valor no está, por lo tanto, sino subordinado a esta última afección, sin perjuicio de que sea muy capaz de provocar la muerte del huevo.

Las modificaciones objetivas del útero. — Sabido es el valor considerable que damos al signo de Hegar, y a los que por idéntica causa le son tributarios (Mac Donald) para el diagnóstico del embarazo de menos de 12 a 14 semanas. Naturalmente que su apreciación está subordinada a una constatación anterior; si fuéramos llamados siempre en los comienzos del embarazo, no hay duda alguna que el mayor número de dificultades se allanaría. Pero aún careciendo de exámenes comparativos, la inexistencia o la desaparición progresiva del signo de Hegar y análogos en una época y con un volumen uterino que justificaran su existencia, son de un valor inmenso. Algunas veces he visto esfumarse, por decir así, dicho signo en exámenes sucesivos. Corolario de esta desaparición son dos signos locales también importantes.

La disminución progresiva de volumen o su estabilización son muy de tenerse en cuenta, particularmente la primera, porque hay úteros que en vez de desarrollarse progresiva y paulatinamente, parece que lo hicieran por empujes, tales son las diferencias o semejanzas que pueden observarse en exámenes sucesivos.

El otro signo que no he visto descrito y que he encontrado con bastante constancia, es una consistencia difícil de describir y que es semejante a la que da la masilla de vidriero expuesta al aire y a medio endurecer. Me ha parecido tam-

bién que los úteros que retienen un huevo muerto parecen contraerse menos vigorosamente o menos fácilmente que los que contienen un huevo vivo.

El chucho y los estados febriles. — Es de noción popular que el chucho anuncia la muerte del embrión o del feto, y en efecto, es así con frecuencia. Menos afirmativos podemos ser sobre su origen y mecanismo de producción; en algunos casos éste es claro, la enferma está con fiebre y el chucho no es sino el exponente de ella, siendo, por lo general, la enfermedad que la provoca, la misma que mata el feto. Pero otras veces la fiebre no existe y el chucho coexiste con la muerte del huevo. ¿Hay por este hecho, introducción en el organismo materno de substancias de acción vaso-motriz o sobre el sistema nervioso? No sabría decirlo, pero es lo cierto — y de ahí nacen ciertas dificultades — que durante el embarazo pueden observarse uno o varios chuchos apiréticos, sin que el feto sufra en lo más mínimo.

Más interesante es el estudio del tipo febril que adoptan algunas enfermas. En algunos casos la fiebre existe, por lo general alta (38°5 a 40°) con o sin chuchos, con signos locales que indican claramente la infección de la cavidad amniótica; son casos simples, que acompañan, por lo general, de cerca a la abertura del huevo.

Pero si esto es la regla, hay excepciones curiosas.

V. En 1901, se presentó un día en mi Policlínica una enferma procedente del Cerro, trayendo cuidadosamente envueltos unos huesecillos en un todo semejantes a los de un pajarito; se trataba, al parecer, de un fémur y de dos o tres fragmentos costales. Exponía la enferma su caso con tal exuberancia verbal, que en un primer momento me pregunté si no se trataba de una neurópata que quería hacerse interesante. Nos contó que cuatro meses y medio antes de su venida al hospital había tenido su última menstruación; que su embarazo había procedido como los anteriores con ligeros trastornos de autointoxicación, cuando hacia el 3.er mes, había caído de una escalera; esta caída provocó una seria contusión pelvifemoral de la que la enferma guardaba trazas

en forma de una equimosis amarillenta casi reabsorbida. En ese momento perdió un poco de sangre, pero no recordaba haber perdido líquido amniótico. Hacia principios del 4.° mes empezó a perder un líquido amarillento primero y luego achocolatado, y desde hacía quince días, de cuando en cuando encontraba entre sus ropas fragmentos como los que nos mostraba.

Examinada la enferma, encontré una vulva y una vagina ligeramente violáceas, y en esta última, mezclados con una secreción espesa, marrón, sin fetidez alguna, unas cuantas costillas del embrión.

El cuello blando y entreabierto me permitió sentir otros fragmentos al nivel del orificio interno; el útero globuloso tenía la consistencia de masilla ligeramente endurecida, no había signo de Hegar.

La enferma no tenía fiebre en ese momento, no parecía haber tenido (a juzgar por el interrogatorio) ni tuvo después.

Al día siguiente a nuestro examen se le practicó un raspaje uterino y se extrajeron los fragmentos restantes del embrión y gran cantidad de restos ovulares. No hubo hemorragia.

La enferma fué dada de alta a los 8 días.

Este caso paradojal — y en el que nos guardaríamos mucho de fundar esperanzas — demuestra que aunque habitual, la ruptura del huevo no provoca fatalmente la infección.

Al lado el tipo febril, brutal a veces en su aparición, hay otro, irregular, atípico, de graduación baja, que he observado casi constantemente. Se trata de fugaces ascensos de temperatura, no superiores a 37.5 axilar; a veces, cuando algo se sospecha, perceptible sólo por la toma de temperatura rectal (en cuyo caso no rebasa de 38°), ascensos cortos, de 2 a 4 horas, por lo general vespertinos, algunas veces en las primeras horas del día (3 a 4 a. m.) y que explican un malestar raro, indefinible, que algunas enfermas acusan con toda precisión en las horas del ascenso.

Este tipo térmico es para mí muy significativo, cuando se acompaña de los signos anteriormente descriptos, y algu-

na vez me ha permitido rectificar justificados temores de enfermedades graves como la tuberculosis pulmonar.

Otros signos clínicos: La aparición de leche en los senos es de una importancia mediocre, pues por lo general no es bien marcada sino en la segunda mitad del embarazo.

En cambio la alteración del estado general — sin concomitancia de otras enfermedades que la expliquen — es, en algunos casos, notable.

El caso IV es absolutamente típico. Sería necesario que hubieran ustedes visto el aspecto miserable de esta enferma y su verdadera resurrección después de la expulsión del huevo retenido, para quedar convencidos del valor tóxico de esta retención. Sin llegar a estos extremos, con frecuencia he visto permanecer pálidas, ojerosas, inapetentes, cansadas por el mínimo esfuerzo, a enfermas que antes y después del embarazo gozaban de la mejor salud.

En cierto número de enfermas es posible constatar otro signo interesante; acostumbradas en otros embarazos a ver persistir los signos de intoxicación precoz (vómitos, salivación, mareos) hasta 3 o 4 meses, notan y se extrañan de verlos desaparecer con más precocidad que en otros embarazos. El caso I es demostrativo, pues la desaparición de dichos signos pareció coincidir con la época presunta de la muerte del embrión.

En resumen, como ven ustedes, no poseemos signos patognomónicos que nos permitan el diagnóstico fácil, absoluto y rápido de la muerte del embrión, pero sí un conjunto de signos y síntomas que bien observados y correctamente interpretados nos llevan al conocimiento clínico de dicha eventualidad.

El diagnóstico, posible en la mayoría de los casos, es a veces extraordinariamente difícil, cuando, por ejemplo, existe a la vez un útero fibromiomatoso o un embarazo ectópico coexistente. Justo es decir también que en estos casos estas afecciones dominan la escena y relegan a un segundo plano la muerte y retención del embrión, determinando ellas la intervención oportuna.

Las reacciones biológicas recientemente descubiertas, en particular la inyección a ratones impúberes de orina de mu-

jer grávida no están suficientemente a punto para prestarnos ayuda segura. Pero ya se señalan, algunos casos en los que la reacción ha sido negativa en caso de muerte del embrión.

Salvo el caso de retención infectada y abandonada la curación en la regla; pero la misma restricción contenida en el primer miembro de esta frase indica el valor que doy al diagnóstico precoz de la muerte del embrión.

¿Quiere esto decir que seremos siempre intervencionistas y lo seremos apenas hecho el diagnóstico?

No debemos perder de vista que la tendencia del útero es a desembarazarse del huevo apenas éste pasa a la categoría de cuerpo extraño; pero esta tendencia está subordinada a la edad del embarazo, y cuanto más temprana es ésta, tanto más debemos temer la retención prolongada.

Dicho ésto, podemos dividir los casos en dos grupos:

En el primero nada tenemos que hacer. Son mujeres que nada sienten, de nada se quejan, o mal se observan y a las que vemos sólo en el accidente final: aborto con o sin complicaciones.

En el segundo grupo, insignificantes o serios, los accidentes existen y es nuestro deber prevenir toda enojosa eventualidad, de donde la necesidad de establecer nuestro diagnóstico con la mayor precisión y precocidad.

Formulado éste, por nuestra parte intervenimos siempre, salvo oposición de la enferma, que contemplamos sólo en cuanto creemos que la contemporización no cree un riesgo.

Por lo general, fácil es convencerlas que se trata de un estado anormal que puede prolongarse por semanas y tal vez terminarse con algún peligro, peligro que aleja por completo la intervención.

Como se ve por las observaciones presentadas y que he elegido entre muchas por ser de las más típicas, la intervención ha consistido siempre en la evacuación instrumental, y esto se explica porque casi siempre la muerte ha sobrevenido en las primeras semanas del embarazo.

En cambio, cuando esto se ha producido pasado el 3.er mes, nos parece que la situación cambia algo pues que no

solamente la presencia de una placenta diferenciada y de un embrión voluminoso imposibilitan una intervención fácil y rápida sin que estas mismas condiciones obligan a emplear otros medios ya nada anodinos.

Para permeabilizar el cuello es necesario utilizar medios que como el globo de Champetier exigen tiempo para desarrollar su acción que, como siempre pasa cuando la fibra muscular uterina no está sensibilizada, puede ser larga. Durante este período la infección uterina es siempre posible con sus riesgos consiguientes.

Sin embargo en caso de intolerancia a la retención nos veremos obligados a utilizar la técnica indicada, limitando al mínimum nuestra intervención instrumental.

Toxemia gravídica precoz

¡Toxemia gravídica! Expresión a la vez engañosa y útil encierra en sí todos los peligros de una explicación aparentemente definitiva y todas las ventajas de una hipótesis que permite edificar un criterio terapéutico del que benefician las enfermas.

Debemos pues, entendernos sobre su valor y esta necesidad explica que en lecciones clínicas como las presentes hagamos una breve incursión en los dominios de la teoría.

Bien sabido es, desde tiempo inmemorial, que el embarazo es ocasión de manifestarse un grupo de signos, síntomas y síndromes cuyo único nexo de coincidencia es la existencia de un óvulo fecundado vivo.

Pero si esta noción es antigua no lo es la idea de unirlos a todos ellos bajo una enseña común capaz de proporcionarnos ideas directrices que sirvan a distinguirlos entre sí y de otros estados que no tienen con la gravidez sino relaciones de contigüidad. Si la expresión "toxemia gravídica" no tuviera otro valor, ésto sería suficiente para justificarla.

Pero hay más aún.

Mientras dominó indiscutible en Medicina la doctrina organicista, de la que Virchow fué el más excelso representante, difícil era concebir una unidad nosológica en lo que anatómicamente se manifestaba bajo las más dispares apariencias.

Fué necesaria la resurrección del Humorismo, del que he dicho no sé donde que "como Anteo, diez veces volteado, volvía a erguirse cada vez que con sus espaldas tocaba la Tierra, es decir la Realidad", para que fuera posible coordinar esa multitud de capítulos dispersos en la Patología obstétrica y así encauzados determinar qué relaciones existían entre ellos, qué interdependencia y qué concepto global fluiría de ese estudio para consolidar una Profilaxis y una Terapéutica.

Esa labor ha ido poco a poco realizándose y hoy merced al concepto de lo "Toxemia gravídica" estamos en condiciones de hacer obra útil del punto de vista clínico. ¿Quiere esto decir que la toxemia gravidica sea hoy un problema resuelto? No, y preciso es decirlo con lealdad y energía. El concepto actual es una simple hipótesis en estudio y como bien dice Ramón y Cajal una hipótesis no vale sino en tanto que sirva para justificar una investigación científica. Esa hipótesis que deberemos abandonar apenas los hechos la contradigan, no debe jamás confundirse con la Verdad y caer en este error no solamente nos expone a encarrilar nuestra conducta clínica por vías extraviadas sino también contribuye a detener el progreso de nuestros conocimientos con la ilusión de la Verdad alcanzada.

La hipótesis de la existencia de una Toxemia ligada al embarazo no es sino la adaptación de la doctrina humorista a la Patología obstétrica.

¿Cómo no admitir una reacción humoral íntimamente ligada al impacto agresivo, citolítico y hemolítico, de la vellosidad corial primitiva con la mucosa uterina, si el óvulo recién fecundado se conduce a la manera de un parásito predator que no respeta elementos histológicos de clase alguna con tal de asegurar su subsistencia? ¿Cómo no relacionar este choque y esta reacción iniciales con ese grupo de síntomas a los que por su constancia se han llamado, "signos simpáticos del embarazo"?

De esta asociación de ideas ha nacido la concepción actual y no cabe duda que muchos hechos sirven para apuntalarla.

Más se urga el capítulo de la Fisiología y de la Biología de la gravidez y más firme es el concepto de que la implantación del óvulo fecundado y su desarrollo ulterior se traducen en el organismo materno por modificaciones orgánicas locales y generales y por repercusiones funcionales de las que por decir así no escapa ni un órgano, ni un aparato ni un sistema.

Pero como la gravidez es por esencia un fenómeno fisiológico, debiera deducirse en buena lógica que la armonía

de relaciones entre la madre y el hijo no se perturba; en una palabra, toda preñez debiera ser, como elegantemente lo ha expresado el Profesor Bar: una simbiosis armónica homogénea.

Así es, y, en los animales domésticos, en las tribus salvajes, en los habitantes de las campiñas; así debiera ser, pero no es, en los habitantes de las ciudades civilizadas, viciada su integridad corporal, hereditariamente y personalmente, por enfermedades y faltas de higiene.

Tan cierto es esto que secularmente se viene hablando de los fenómenos simpáticos del embarazo como de algo normal, casi diría fatal, sin pensar que no todas las grávidas los presentan y que los observadores, en países alejados de la civilización, no los han observado jamás en las poblaciones incontaminadas por el alcohol, la sífilis y los prejuicios. Es pues razonable pensar que ese primer contacto entre el óvulo y la mucosa uterina se traduzca por una reacción defensiva del organismo materno. Testimonio objetivo de ello es la reacción decidual de la mucosa uterina que opone una barrera eficaz al desborde invasor y destructivo de la vellosidad corial.

Pero hay una gran zanja de ignorancias que salvar entre las modificaciones anatómicas y funcionales maternas, que podemos apreciar y hasta utilizar para el diagnóstico biológico del embarazo y el hipotético veneno ovular, que muchos experimentadores han creído aislar pero que hasta ahora es una meta inalcanzada.

Por eso — como lo verán ustedes más adelante — toda nuestra profilaxis, toda nuestra terapéutica se fundan en la posible fijación de este veneno hipotético en los órganos de defensa; por eso nuestra intervención es poderosa y eficaz cuando colocamos a esos órganos de defensa en estado de desarrollar ampliamente su eficacia, o contribuimos a robustecerla por variados medios de acción local o general.

La noción de fijación tóxica está abonada por las constataciones anatomo patológicas, hoy innumerables, y por la observación clínica que demuestra cuan larga es a veces y cuan difícil la restitución funcional de los órganos de de-

fensa después que hemos hecho desaparecer el origen del síndrome tóxico.

Cualquiera sea nuestra ignorancia sobre la naturaleza íntima del veneno ovular se impone a nuestra meditación la importancia del metabolismo ovular; basta recordar que si el huevo apenas manifiesta un crecimiento de 0.30 entre el 8.° y el 9.° mes, es de 11 veces al 3.°, de 74 veces al 2.° y de 10.000 veces desde la concepción hasta el fin del 1.er mes!

Buena proporción de nuestra ignorancia fluye del imperfecto conocimiento de la Biología del embarazo y es por eso que cautamente les diré de no tomar del concepto de la toxemia gravídica si no aquello inmediatamente utilizable.

Es ya tiempo de encarar el aspecto clínico del problema.

Las mujeres embarazadas pueden dividirse en tres grupos: A. Aquellas para quienes el embarazo no trae más molestias que el desarrollo del tumor abdominal gravídico y en las que en ningún momento el más delicado examen clínico permite descubrir el más leve desequilibrio funcional ni la más insignificante lesión orgánica.

Son la minoría y realizan óptimamente la fórmula de Bar.

B. Las mujeres cuya iniciación de embarazo se caracteriza por la aparición de un conjunto de síntomas, (que hasta las comadres de barrio conocen) que les permiten diagnosticar a veces precozmente su estado, que les causan molestias compatibles con su vida habitual y que por lo general desaparecen a fines del segundo o en el curso del tercer mes del embarazo. Estas constituyen la mayoría.

C. Un grupo, por fortuna poco considerable, para las que el embarazo es una verdadera enfermedad que, mal atendida o no atendida puede llevarlas a la muerte o dejarlas con secuelas patológicas capaces de disminuir su valor económico - social y de abreviarles la existencia.

Al lado de esta clasificación estadística podríamos establecer una clasificación cronológica que se justifica, pues permite, en el factor tiempo, establecer cierta coordinación de formas que a él se subordinan.

Cuando se tiene una vista de conjunto de la Patología gravídica se echa pronto de ver que las grandes complicaciones se agrupan principalmente en los trimestres extremos del embarazo y que es escepcional su traspaso cronológico. Por lo que respecta a las diferentes modalidades de la toxemia no solamente esto sucede sino también que una anamnesis prolija permite descubrir, como al través de un segundo trimestre silencioso, han persistido trastornos y lesiones que van a surgir nuevamente y a las veces en forma gravísima e inesperada en el tercer trimestre; al decir inesperada me refiero a las mujeres que no han tenido asistencia competente o no han sido sometidas a ninguna medida profiláctica de tales accidentes.

Así pues no se ven ni eclampsias, ni hemorragias retroplacentarias en el primer trimestre, y sólo por absoluta escepción síndromes eméticos en el tercero.

Con arreglo a esta clasificación podemos pues hablar de toxemias precoces y toxemias tardías.

Tan distinta es su sintomatología, su evolución y su terapéutica que hay grandes ventajas, del punto de vista clínico, de escindir su descripción.

A las toxemias precoces y en particular a algunas de sus formas dedicaremos estas lecciones, dejando para otras el estudio de las toxemias tardías y de algunos tipos de toxemia precoz que merecen capítulo aparte por su importancia y hasta por su reciente incorporación a la nosología.

Si recorren ustedes las páginas de los más recientes tratados verán una enumeración de "signos simpáticos" del embarazo, denominación defectuosa pues que engloba un cierto número de síntomas. En esa lista arcaica figuran la salivación, la gingivitis, las nauseas, la constipación, etc.

Tímidamente, y muy a menudo en párrafo aparte del estudio general de la toxemia, figuran los vómitos llamados simples y a veces aisladamente los vómitos incoercibles.

No es perdonable del punto de vista didáctico ni justificado del punto de vista clínico tal división.

No existen los llamados "signos simpáticos del embarazo"; el embarazo normal no tiene repercusión patológica.

Cuando esos signos aparecen la simbiosis armónica homogenea está en derrota, el embarazo no es normal.

Esta categórica afirmación tiene el gran alcance de obligar al clínico a prestar su mayor atención a todo lo que significa la perturbación del discreto silencio que acompaña al funcionamiento fisiológico del organismo. Pero también esta afirmación condiciona una apreciación precisa del síndrome presente, pues si el embarazo normal es silencioso puede, sin embargo, despertar, agravar o provocar modificaciones de un estado patológico anterior y esta exteriorización clínica puede algunas veces simular con gran aproximación el síndrome de la toxemia gravídica.

En mi larga actuación he sido testigo de numerosas eventualidades de este órden que en el curso de la exposición pondré de manifiesto.

De la enumeración clásica elegiremos el síndrome que por su frecuencia, su evolución y por las causas de error a que puede conducir es el que predomina en un gran número de embarazadas; quiero referirme al vómito. En justicia pues puede hablarse de un tipo emetizante de la toxemia gravídica precoz.

En lecciones posteriores verán ustedes que eligiendo el síndrome predominante se puede llegar a una clasificación eminentemente clínica y es por eso que se justifican el tipo hipertensivo hemorrágico (aploplegia útero-placentaria), el tipo anémico (anemia perniciosa de los embarazadas) y el tipo convulsivo (eclampsia). Esto no aleja la posibilidad de discernir otros tipos, como el tipo polineurítico o las psicosis grávido-puerperales, pero su frecuencia y su importancia los colocan en sitio secundario.

¿Cómo debemos encarar el tipo emetizante? Una primera pregunta y muy importante que debe formularse el médico es la siguiente: ¿Se trata de vómitos coincidentes o de vómitos dependientes del embarazo?

Es esto tan capital que sorprende el poco alcance que muchos autores dan a la pregunta. Algunos ejemplos aclararán mi pensamiento. Hacia el 22 o 23 de diciembre de 1910. un colega de campaña me enviaba una de sus clientas para

que la tratara por vómitos del embarazo. Existía un embarazo de 10 a 12 semanas y algunos vómitos diarios, por lo general en las horas de la tarde y de la noche, coincidentes con un estado general excelente. La enferma acusaba algunos leves trastornos digestivos que databan de varios años atrás. Tan poco intensos eran los vómitos que la enferma obtuvo que, mientras el laboratorio practicaba los exámenes del caso, la eximiera de todo régimen severo hasta después de Navidad. En la noche del 24 de diciembre mi enferma celebró un alegre "reveillon" y a las 2 de la mañana me llamaba porque acababa de tener una copiosa gastrorragia.

Los titulados "vómitos del embarazo" eran tributarios de una úlcera del estómago.

En 1917 el profesor G. L. me invitaba a ver con él una señora embarazada de 5 a 6 meses que bruscamente había presentado el síndrome de los vómitos incoercibles. Pudimos ambos constatar la existencia de un pequeño quiste ovárico cuya ablación yuguló el cuadro clínico.

El 10. de enero de 1908 un colega me pidió viera a una de sus enfermas, en cinta de tres meses, con el síndrome de vómitos casi incoercibles, para que determinara si era oportuna o no la evacuación uterina. La enferma tenía una meningitis tuberculosa que la mató pocas semanas después.

Para terminar, vaya un caso que tiene ciertos ribetes de risueño. Hace pocos meses una de mis clientes, me hacía examinar a una de sus hermanas a quien habían propuesto la interrupción del embarazo por "vómitos toxémicos". Me llamó la atención su excelente estado general y el hecho que sus náuseas acompañaban a los movimientos de deglución. Por mera curiosidad le examiné la faringe y pude ver una úvula larga, edematosa que a cada instante barría la base de la lengua y provocaba el deseo del vómito. Unas cauterizaciones de la úvula hechas por un colega especialista hicieron desaparecer el síndrome emético.

¿Quién nos dirá jamás cuántos úteros se habrán evacuado sobre la base de tales diagnósticos de fantasía? Y anoten ustedes que alguna vez se trata de enfermas que sabiendo que les van a hacer el gusto de interrumpir el embarazo simu-

lan a la perfección el síndrome... menos la baja del peso y las modificaciones clínicas de su hígado, su riñón o sus glándulas supra-renales. Tal aquella de mis enfermas que habiendo tenido la víspera "más de cincuenta vómitos" no tuvo sino tres el día que la hice vigilar por una nurse severa y de los tres vómitos, el último — ¿porqué no los otros? — fué originado por la introducción de los dedos en la faringe.

Es pues indispensable, antes de encarrilar nuestro diagnóstico hacia la toxemia, eliminar cuidadosamente con un examen meticuloso de todo el organismo y con un análisis detallado de la anamnesis, el numeroso grupo de entidades patológicas capaces de determinar un síndrome emetizante, no desechando sino después de maduro análisis aquellas causas que por su alejamiento del tubo digestivo o por su poco frecuente repercusión sobre él pudieran inducirnos a no contar con ellas. Planteado así el problema clínico, eliminados todos los síndromes emetizantes coincidentes o agravados por el embarazo podremos ir de lleno a un diagnóstico y a una terapéutica llenos de promesas.

Hemos señalado nuestro concepto provisorio de la toxemia gravídica; afirmamos, y la clínica no nos desmiente, que la vulnerabilidad hereditaria o personal del organismo o de un aparato, órgano o sistema determina no solamente la aparición de la toxemia, sino también, con relativa frecuencia, condiciona el tipo de toxemia

En apoyo de lo dicho nuestra experiencia nos ha enseñado:

1.° *La constancia de ciertos tipos de T. G. en algunas familias.* Cuando se ha sido médico de un grupo familiar durante 25 o más años, y algunas veces por referencias precisas, pueden constatarse familias en las que el síndrome emético es precoz, intenso y resistente al tratamiento. Este hecho, que en clientela hospitalaria es de difícil comprobación, es en cambio frecuente en clientela civil, y no solamente se constata ese hecho sino que el tipo de toxemia puede en la madre y las hijas ser el mismo.

Tengo en mi clientela una señora a quien en 1897 tuve que interrumpir un embarazo de tres meses por una grave forma

de toxemia (que hoy identificaría con el tipo acidósico); la hija de esta señora fué sometida en Roma, en 1909, a una evacuación uterina porque junto a vómitos tenaces un especialista constató una acetonuria intensa (acidosis). La hija de esta última señora fué asistida por mí en 1927 de una toxemia acidósica pura y típica.

La frecuencia de las insuficiencias hepáticas en el Uruguay explica que sea aún más fácil encontrar coincidencias del tipo toxémico hepático. Tengo numerosas observaciones en miclientela de madres e hijas en quienes he observado el hecho que señalo.

2.° *La constancia del mismo tipo en la misma enferma.* Esto es aún más frecuente, particularmente en mujeres que por sus embarazos subintrantes no han podido colocarse en condiciones de reparar sus insuficiencias orgánicas. Cualquier médico de alguna experiencia, a poco que urgue en sus recuerdos encontrará casos parecidos.

Entre los más demostrativos tengo: Señora de M. — Toxemia de tipo hepático en sus embarazos de 1908 (leve) 1909 y 10 (muy seria y tenaz). A fines de 1910 accidentes prolongados de litiasis biliar y colecistitis; tratamiento enérgico y prolongado que, completado en Vichy por dos años, deja a la enferma clínicamente curada. Embarazo de 1915 sin accidentes toxémicos. En 1918 con el comienzo del 5.° embarazo y a consecuencia de manifiestas faltas de régimen se inicia un serio síndrome toxémico *con ictericia* que obliga a un especialista de Marsella a interrumpir el embarazo.

Señora de D. — Tercípara. Nacida en Indochina de padres franceses; en la adolescencia ha tenido disenteria amibracea con ictericia que la obligó a hacer un largo tratamiento en Francia. Sus dos primeros embarazos se señalaron por intolerancia gástrica difícilmente combatida y que atenuada persistió hasta el término; su médico en Francia la aconsejó limitar la procreación.

En 1924, al segundo mes del embarazo inicia bruscamente un cuadro toxémico de tipo acidósico puro, para el que soy llamado después que su médico habitual ha agotado en una semana todo su arsenal. El tratamiento insulínico intensivo

yugula los accidentes pero el estado general es tan grave que no me atrevo a dejar continuar el embarazo y lo interrumpo.

En 1926 nuevo embarazo; al iniciarse la 7.a u 8.a semana estallido brusco del cuadro de acidosis aguda. La insulina aplicada larga manu antes de las 48 horas de iniciado el síndrome lo atenúa en parte, pero una continuada disminución de peso de 300 a 400 gramos diarios y la aparición de subictericia conjuntiva me imponen la evacuación uterina. Actualmente, y de acuerdo ambos cónyuges, ha marchado para Francia con mi consejo para que el profesor C. la esterilice.

3.° *La vulnerabilidad orgánica explica por qué en la misma enferma el tipo de toxemia podrá variar.*

A) *Según la edad del embarazo.* Es sabido que un gran número de toxemias se "estabilizan" en el curso del 3.er mes; pero esta estabilización no es sinónimo de restitución funcional a la normalidad; hay persistencia de lesiones orgánicas que luego se manifiestan bajo otro aspecto clínico. La anamnesis de un gran número de eclámpticas permite despistar la forma emetizante precoz estabilizada, pero no curada, al 3.er mes. He aquí una observación demostrativa:

Señora de R. Primigesta; inicia su embarazo con una toxemia severa de tipo hepático. Enferma rebelde al régimen y a las indicaciones médicas no se cura del todo y en este estado emprende el regreso a su domicilio en un departamento fronterizo. Algunos meses después soy consultado telegráficamente — y sin ninguna eficacia — porque la enferma estaba con ataques de eclampsia que la mataron en pocas horas.

En otra lección podrán ustedes leer el caso de una señora que presentó una toxemia precoz de tipo surrenal y que murió poco después del parto con un síndrome de insuficiencia surrenal típica.

B) *Según el momento de la vida en que aparece el embarazo.* Ya es noción corriente y clásica que la eclampsia es más frecuente en las primigestas que en las multíparas. En cambio en éstas es más frecuente el tipo hipertensivo (hemorragia cerebral, edema pulmonar, apoplegía útero-placentaria), y por ello puede decirse sin incurrir en error que la eclampsia es propia de las jóvenes sin pasado patológico lejano, mien-

tras que las otras formas son comunes en las mujeres maduras que a la multiparidad agregan con frecuencia lesiones cardio renales antiguas.

C) *Según el pasado patológico próximo o lejano de la embarazada.* Muchos de los ejemplos citados demuestran la importancia de un estado patológico hepático, renal, surrenal en el condicionamiento del tipo toxémico. A una reciente angiocolitis por excepción corresponderá otra forma que la hepática, mientras que una escarlatinosa de la infancia, en la que la enfermedad apenas lamió al riñón, dejándolo sin embargo fragilizado, dará lugar a toxemias de tipo renal tardío. He aquí un ejemplo:

Señora de Ri... Ha tenido escarlatina en la infancia; ha sido bien vigilada del punto de vista renal, lo que ha permitido constatar de tiempo en tiempo albuminurias fugaces. En 1908, en el curso de su primer embarazo, hacia el 6.° mes empieza un cuadro confuso caracterizado por cefalea, dispnea intensa y diarrea. La veo después de unos diez o doce días de iniciados los accidentes que han sido tratados como infección intestinal en una histérica. El dato de la antigua escarlatina orienta mi diagnóstico, que un examen completo de orina ratifica. Existe una nefritis sub-aguda intensa.

Afortunadamente para la enferma, cuyo estado se agravaba rápidamente, el feto murió y poco después una expulsión espontánea prematura daba fin provisorio a los accidentes. Digo fin provisorio porque nuestra enferma hizo en 1910 una pequeña hemorragia cerebral y hoy tiene cilindruria poco frecuente, hipertensión arterial irreductible (T. mx.22—24) y frecuentes ataques epiléptiformes larvados, secuela muy probable de su lesión cerebral antigua.

Otro ejemplo: Señora de Piz .... Primigesta. Algunos meses antes ha presentado un estado patológico caracterizado por nauseas, constipación, dolor epigástrico, todo lo cual culmina al cabo de 15 o 20 días con una ictericia ligeramente febril.

Hacia la 6.ª semana de amenorrea aparece un ptialismo

intenso, con muy contadas nauseas; a poco la enferma comienza a sufrir de un prurito generalizado intenso; el examen de orina demuestra una notable modificación de la relación Az. urea=Az. total, 78 o|o en vez de ser superior a 85 o|o; hay además trazas de bilis. Aconsejo un régimen y un tratamiento apropiados para su insuficiencia hepática. La enferma que es poco culta y vive en un ambiente análogo no sigue ni uno ni otro. Quince días después era llamado para combatir una crisis de vómitos que duraba sin interrupción desde 48 horas antes. Esta vez la enferma tomó en serio su estado y al cabo de agunas semanas reiniciaba la marcha normal de su embarazo que terminó sin incidentes. Resumen: toxemia gravídica de tipo hepático en una hepática pre - gravídica reciente.

¿Cómo vomitan las embarazadas?

Desde aquellas mujeres afortunadas en las que el impacto embrio - uterino se manifiesta por algunas regurgitaciones matutinas y aquellas para las que el embarazo es una tortura que dura varios meses — cuando no es tratada — caben todos los intermediarios.

Todo lo que hemos dicho con respecto a la importancia que los órganos de defensa tienen durante el embarazo permite suponer que podrán observarse variados tipos y así pasa en verdad. Pero la dificultad surge cuando se trata de identificar el órgano insuficiente y la dificultad se acrecienta porque es bastante frecuente ver la asociación de síndromes pluri - orgánicos.

Sin embargo de esa selva frondoso podemos extraer algunos tipos que por su frecuencia y su constancia merecen descripción particular.

Estos son: 1.° Tipo emético simple, de evolución benigna y de terminación frecuente y espontánea por curación. A esta forma llamé yo en mi primer y muy viejo trabajo sobre vómitos del embarazo: tipo ovárico, por su semejanza con los trastornos que acompañan a ciertas amenorreas y por su accesibilidad a la opoterapia ovárica total (la única posible entonces: 1904). Hoy me guardaría de usar tal calificación, después que se han descrito para el ovario

varias decenas de funciones. Sin embargo las investigaciones en curso sobre funciones del cuerpo amarillo, del líquido folicular y de la secreción del lóbulo anterior de la hipófisis en sus relaciones con las gravideces precoces obligan a guardar prudente silencio sobre su verdadera denominación. Pero el cuadro clínico y su terapéutica aún persisten tales como los ví hace 25 años.

2.° Tipo hepático.

3.° Tipo suprarrenal.

4.° Tipo acidósico primitivo.

Pero si es evidente que la mayoría de los casos de T. G. precoz encuadran en estas formas puras o asociadas, a veces, y la contraprueba de la opoterapia lo demuestra, pueden encontrarse extrañas insuficiencias orgánicas. Basta recorrer la copiosa bibliografía de estos últimos 30 años para convencerse que no hay opoterapia orgánica que no tenga en su haber algún éxito. Una enferma tratada por un neurólogo durante varias semanas por epilepsia larvada, fué vista después por el Profesor Ricaldoni, que diagnosticó tetanía gravídica; esa enferma que tenía también vómitos frecuentes curó rápidamente de ambas cosas con la opoterapia paratiroide.

He visto otro caso, que hubo que intervenir para interrumpir el embarazo, en el que el estudio del metabolismo basal demostró que los trastornos digestivos muy graves eran debidos al hipertiroidismo, verdad que llegó demasiado tarde pues el estado de la enferma no admitía dilaciones.

1.° Tipo emetizante simple. — Vómitos poco frecuentes que solo se producen en la posición erecta, a veces en el momento de incorporarse de la cama. Cuando se producen durante el día no alteran el estado general, ni el apetito ni siquiera el buen humor de las enfermas, que a menudo comentan risueñamente el hambre que les aparece enseguida de vomitar. No hay salivación, no hay baja de peso, no hay ningún trastorno de la función hepato-renal, no hay astenia ni hipotensión arterial.

Cuando por su número no molestan, pocas precauciones bastan para permitir que la enferma alcance el período de tolerancia.

2.° Tipo hepático — Aunque hay aquí también casos variados ya la situación cambia. Los vómitos son más frecuentes, a menudo biliosos; la salivación es casi infaltable, hay constipación y la diarrea si aparece es post prandial inmediata con dolores y muchos gases; hay baja de peso que puede llegar a más de 500 gr. diarios; las modificaciones de la orina que indican el déficit hepatorenal son precoces.

Es esta forma — muy frecuente — la que muy amenudo conduce al tipo clásico de los vómitos incoercibles. Si comparan ustedes este cuadro apenas esbozado con lo que leen en sus tratados verán que se superpone a la primera etapa de los vómitos incoercibles, en un momento que estos no son tales.

Cuando estas enfermas no son observadas y tratadas con gran atención, o cuando, para su desgracia, están rodeadas de multíparas de "soi-disant" gran experiencia, para quienes el vómito es algo normal en el embarazo, llegan progresivamente, a veces muy pronto, por lo general después de 30 o 40 días, al cuadro clásico final en el que al síndrome de la atrofia amarilla del hígado se agrega el de la acidosis por inanición.

Es en este estado que — con gran alegría de todos, la del médico no pocas veces — la enferma no vomita más.

Desconfíen ustedes de esta desaparición traicionera con persistencia del síndrome grave: ictericia, oliguria, aspecto tífico, bradicardía, púrpura discreta; esas enfermas se van a morir pronto, irremisiblemente, aunque ustedes intervengan. La evacuación uterina ha llegado demasiado tarde.

3.° Tipo suprarrenal — Cábeme el placer de haber sido el primero en descubrirlo. En mi curso teórico de 1907 en la Facultad de Medicina, por lo tanto cinco años que Sergent hiciera en París su comunicación princeps, ya había aislado esa forma del grupo hasta entonces confuso para mí de las T. G.

Tengo el convencimiento de que es a este tipo que se debe el señalamiento del pulso rápido en los vómitos incoercibles clásicos. Los numerosos casos en los que hemos visto reproducirse la descripción, ya casi secular, de ese síndrome, me han enseñado que la bradicardia es la regla en los casos puros de toxemia tipo hepático que — como hemos visto — es la que más seguramente lleva a la muerte con el cuadro clásico.

Cuando la muerte sobreviene en el tipo surrenal con absoluta intolerancia gástrica, el cuadro, veremos después, es muy distinto.

El tipo surrenal se caracteriza muy precozmente por la astenia; astenia invencible, tenaz, que no cede al reposo en cama.

A la astenia agregaremos la taquicardía y la hipotensión arterial, signos también precoces y en particular el primero, extraordinariamente persistente, hasta el punto de durar alguna vez hasta el fin del embarazo. La hipotensión puede llegar a cifras bajísimas, T. mx. 11,10, 8 cm. T. mn. 6, 7, 5 cm.

El estudio del pulso es muy interesante pues es sabido que para muchos obstétricos un pulso permanente de 100 o más obliga a la interrupción del embarazo. Tal concepto es completamente erróneo en el tipo surrenal; aqui muy precozmente el pulso alcanza a 100, 110, 120 con excelente estado general y en casos que van a evolucionar hacia la curación.

En dos de mis primeras observaciones Sras. de E. P. y de E. V., primigestas, con embarazo gemelar, cuidadosamente observadas y tratadas, llevaron sus embarazos al término; en la primera el pulso a 120 solo empezó a disminuir hacia el 7.° mes y en la otra hasta el final y durante el primer mes del puerperio se mantuvo entre 100 y 110.

Como se vé tenemos aquí un cuadro perfectamente diferenciable del tipo hepático. y en el que las alteraciones del quimismo urinario sólo aparecen en las etapas finales, coincidiendo y demostrando la acidosis secundaria por inanición. La importancia y la novedad de la forma acidósica pura nos han inducido a tratarla en una lección especial.

Como ha podido verse es por lo general posible diferenciar los tipos principales; las dificultades aparecen frente a los casos mixtos o a aquellos en los que, tardíamente observados, han aparecido complicaciones tóxicas, como la acidosis secundaria, o infecciosas (pulmonares, faringeas, parotideas, intestinales), y bien sabemos hasta que punto son frágiles estas intoxicadas.

La observación del pulso, de la tensión arterial, del quimismo urinario, de la sintomatología propia de cada uno de los

tipos permitirá una facil orientación. Muy pocos casos nos desmentirán si afirmamos que el pronóstico depende hoy muy principalmente del médico.

La proporción de casos de T. G. en los que tenemos que intervenir en nuestro servicio clínico no llega al 10 %, porcentaje en el que van incluídos muchos casos que llegan en situaciones desesperadas.

En clientela civil y en mujeres observadas desde que se inicia el síndrome puedo decirles que desde 1926 no he evacuadro sino un caso de acidosis primitiva grave a que me he referido anteriormente.

El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado condicionan pues el pronóstico en la mayoría de los casos.

Pero hay casos en los que la violencia de la toxemia o su duración nos inquietan. ¿Qué elementos de precisión nos permitirán establecer un pronóstico aproximado.

Número de vómitos: Toda mujer que vomita más de diez veces de día, si esos vómitos son abundantes, tenaces, acompañados de gran esfuerzo, maculados o teñidos francamente de sangre (excluyendo las faríngorragias espontáneas o provocadas por la enferma en su deseo de facilitar el vómito con los dedos) ; si después de cada vómito la enferma se echa en la cama agotada, si la intolerancia gástrica no ha obedecido a 48 horas de reposo gástrico absoluto, hay motivo de inquietarse. Ya hemos visto el gravísimo pronóstico de la cesación de vómitos con persistencia del resto del síndrome.

Salivación — Cuando la enferma aumenta su deshidratación con un ptialismo de 400, 500, 100 grs. diarios que se acompaña a la vez de *Pérdida de peso* continuada y persistente o acelerada (300, 500, 1.200 grs. una vez) la situación es indudablemente grave.

Igual significado tienen *la hipotensión* (T. mx. inferior a 9) *la taquicardia excesiva* (130 o más) *la bradicardia* inferior a 50, *la ictericia, la púrpura, las epistaxis y la melena* que por lo general preceden de poco a la muerte.

Tiene gran importancia la apreciación de estos signos y síntomas y su valorización respectiva pues de ello va a resultan la legitimidad o la utilidad de la interrupción del embarazo.

Jamás debemos pensar en ello antes de haber hecho una tentativa leal y suficientemente prolongada — sin ir al exceso — de un tratamiento racional.

¿En qué consistirá el tratamiento?

La lista de medicamentos y medicaciones es interminable y no terminada y lo interesante es que la mayor parte de las novedades proviene de autores muy poco versados en las disciplinas obstétricas. La sugestión, la lucha contra las ptosis y contra la aerofagia son los recién llegados; no los desechemos sin observación porque entre nuestras enfermas, encontraremos alguna histérica, alguna ptósica, alguna aerofágica que beneficiarán del diagnóstico y del tratamiento respectivos, felices porque al fin las habremos desembarazado de vómitos... que no eran del embarazo.

Pero la mejor terapéutica fracasará si no realiza un cierto número de detalles que tienen gran importancia.

Lo que urge en primer término es la atenuación o la desaparición del vómito; suprimámoslo y la enferma se creerá curada cualquiera sea el síndrome persistente.

Hay aquí un círculo vicioso mantenido por las múltiples tentativas de alimentación, por la ingestión de medicamentos y por la necesidad — expresada por la enferma — de tener algo para vomitar.

Es indispensable imponer desde el primer momento, con férrea disciplina y por el tiempo que sea necesario, la supresión absoluta de cualquiera ingestión; debe desconfiarse hasta de los trocitos de hielo con que las enfermas humedecen sus labios resecos; en pocas horas han tragado 150 o 200 cc. de líquido, con el que siguen vomitando. El reposo gástrico absoluto puede prolongarse 2, 3, hasta 5 días, con la precaución de luchar contra la acidosis y contra la deshidratación. Agreguemos una bolsa de hielo sobre el epigastrio, cuya piel debe protegerse contra la acción del frío y habremos llenado la primera condición.

Pero cuán difícil es hacerlo en el ambiente familiar; nunca falta el personaje que se conmueve y que en unos minutos y con un "buchecito de agua" echa a perder nuestra obra de muchas horas. Es por eso que, de ser posible, debe

siempre hospitalizarse a la enferma; hospital o sanatorio serán un excelente medio para aislarla de peligrosas compasiones; cuando eso no sea posible una nurse competente y un tanto autoritaria es un excelente aliado.

¿Cómo combatir la acidosis por inanición y la deshidratación?

El suero glucosado o clorurado, o una mezcla de ambos, por vía intravenosa o intrarrectal a la Murphy, previa exoneración intestinal, nos permitirán recorrer sin peligros los primeros días indispensables para disponer un seguro plan de acción.

Entre tanto los análisis de laboratorio y el examen clínico nos habrán demostrado el quimismo urinario y el sanguíneo, la reserva alcalina, la glicemia.

Salvo los casos hipertóxicos o muy avanzados es muy raro que en 24 o 48 horas no haya una reducción de vómitos.

Este es el momento de iniciar un tratamiento más directo.

Algunas veces la acidosis primitiva o secundaria será tan predominante cualquiera sea el tipo de T. G., que a ella deberemos prestar preferente atención.

Al norte americano Talheimer le debemos la introducción de la insulina en la terapéutica de las T. G. y los resultados obtenidos justifican su empleo. La frecuencia de la acidosis por inanición explica el número creciente de éxitos publicados, pero nuestra experiencia nos demuestra que si la insulina es irreemplazable en las formas acidósicas primitivas y utilísima en las secundarias no yugula ni con mucho el resto del síndrome.

Atenuado o desaparecido el elemento acidósico persisten los demás elementos y por eso no es raro que después de una atenuación real, consecutiva a la insulina, los demás signos sigan su marcha.

De ahí que el uso del extracto hepático por vía subcutánea y del tratamiento dietético de la insuficiencia hepática estén perfectamente indicados en la forma hepática.

En la forma suprarrenal empleamos la solución de adrenalina al 1|100 por vía subcutánea a la dosis de 2 hasta 4 y 5 centímetros cúbicos en las 24 horas, velando para que

su administración sea correcta y no provoque accidentes de intolerancia (dosis pequeñas y frecuentes precedidas de aceite alcanforado).

La vuelta a la alimentación y la elección de alimentos tienen gran importancia. Debe procederse con gran cautela empezando por dosis mínimas de agua azucarada o decocción de cereales helados o muy calientes, a intrevalos largos (½ a 1 hora), progresivamente decrecientes a medida que se constata la tolerancia gástrica.

Obtenida ésta, puede emprenderse una alimentación más sustanciosa cuya base será: las decocciones de cereales y de frutas, abundantemente azucaradas y más tarde los alimentos hidrocarbonados corrientes: avena, arroz, trigo verde, mazamorra, chuño, las frutas cocidas, los purés de toda clase.

En los casos favorables al cabo de una semana se podrá volver a la alimentación, con las restricciones que indique la fragilidad establecida de sus órganos. De este punto de vista el tipo hepático es el más delicado de manejar, pues obliga a estudiar la tolerancia de muchos alimentos comunes (leche, huevos).

Dominada la T. G., nuestras enfermas deberán ser estrechamente vigiladas y sometidas a frecuentes exámenes y análisis para aquilatar el resultado obtenido.

Pero si en la inmensa mayoría de los casos el éxito sanciona este tratamiento, algunas veces después de una lucha tenaz tenemos que declararnos vencidos: la incompatibilidad feto-materna es absoluta y definitiva.

La interrupción del embarazo se impone.

No olvidéis que el problema terapéutico se complica con un problema ético; este problema que con tanta ligereza es resuelto por nuestros médicos merece toda nuestra atención y en varios trabajos de Obstetricia social que completan estas lecciones lo verán ustedes encarado en sus variados aspectos.

Al formular el pronóstico han visto ustedes sus elementos.

La persistencia o la agravación del síndrome a pesar del tratamiento severamente instituído, la certeza de su avance por la apreciación desapasionada de cada uno de sus signos y síntomas, la liberación más completa de la presión del ambien-

te familiar, tan propicio a las soluciones simplistas, serán los elementos de nuestra decisión.

Resuelta la evacuación uterina, fácil será efectuarla.

Si la situación no urge en extremo los tallos de laminaria colocados en el cuello uterino lo permeabilizarán y harán accesible la cavidad. Hecho esto, el tacto digital ubicará el huevo y esta ubicación guiará a la cureta roma que en un gesto circular, un tanto elegante, calzará el polo superior y lo extraerá en el primer viaje.

No fragmenten ustedes el huevo; aparte que eso indica poca habilidad, tiene el serio inconveniente de impedir su reconstrucción y apreciar así la cantidad de restos obtenidos y por extraer.

Algunas raras veces, en embarazos de más edad (3 - 3 ½ meses) he practicado una histerotomía vaginal que me ha facilitado las maniobras de extracción sin traumatismos inútiles.

Hecha la evacuación — cuando ésta estaba realmente indicada por la gravedad de la toxemia — *el síndrome no cesa de inmediato* y ya hemos dicho porqué. Son necesarios varios días, durante los cuales el tratamiento dietético y médico deberá ser continuado energicamente, para que todo entre en orden.

En resumen, tengan ustedes siempre presente:

1.° Que ningún vómito es despreciable en las embarazadas.

2.° Que muchas mujeres vomitan *cuando* están grávidas pero no *porque* estén grávidas.

3.° Que antes de determinar la relación de causalidad entre el síndrome emetizante y la gravidez hay que eliminar todas las probabilidades locales y generales extra-ovulares de provocarlo.

4.° Que el diagnóstico eliminatorio suele ser difícil pero es indispensable.

5.° Que el diagnóstico de tipo no es en general difícil en los casos — por fortuna más frecuentes — simples, y que aún en los mixtos puede aclararse prestando a cada uno de los elementos del síndrome el valor correspondiente.

6.° Que el tratamiento médico precoz, severa y tenazmente aplicado aporta el éxito en una gran proporción de casos.

7.° Que las indicaciones de la evacuación uterina han quedado reducidas a una mínima proporción, que será aún menor a medida que se difundan más sólidas nociones de Fisiopatología Obstétrica.

8.° Que toda toxémica precoz curada debe ser vigilada muy de cerca durante todo el embarazo y en particular en el curso de los dos últimos meses.

Toxemia gravídica precoz de tipo supra-renal. Enfermedad de Addison postpuerperal

El 4 de agosto de 1919 se presentaba en mi consultorio la señora Delia O. de L.; sin antecedentes de importancia, salvo una grippe a mediados de ese año. Primigesta de 22 años, remontaba el comienzo de su embarazo a poco más de tres meses atrás y motivaba la consulta la persistencia de los vómitos.

Un examen detenido de la enferma me daba los datos siguientes: mujer de piel y ojos claros, muy rubia, poco panículo adiposo; examen de sus principales órganos y aparatos, negativo, salvo en lo que se refiere a su funcionamiento adrenal, visiblemente alterado.

En efecto, la enferma acusaba: ligero enflaquecimiento, astenia marcada, sobre la que insistía, pues contrastaba con su actividad precedente; enfríamiento periférico, tendencia fácil a las lipotimias, mascarilla gravídica más aparente de lo que correspondería a su tez blanca. Los vómitos eran frecuentes (6 a 8 al día) y se producían a toda hora; había poca salivación. No se encontraba la raya blanca de Sergent. El análisis de orina era negativo; la tensión arterial era de 14 la máxima y 9 la mínima. (Pachón).

Comprobado un embarazo de 3 y medio meses aproximadamente, sin complicaciones locales, formulé diagnóstico de toxemia gravídica precoz de tipo surrenal casi puro, e instituí el tratamiento correspondiente: Reposo absoluto en la cama, supresión completa de toda ingestión por 48 horas, bolsa de hielo al epigastrio, suero glucosado a la Murphy permanente; 20 gotas de solución de cloruro de adrenalina diariamente en dos inyecciones subcutáneas, con 30 cc. de suero glucosado.

Terminada la dieta absoluta, tanteé la tolerancia gás-

trica con solución de bicarbonato de soda, agua azucarada, decocción de cereales y comencé la administración de la adrenalina por boca, 40 gotas diarias, agregando una inyección intrasmucular diaria de estracto total de ovario en solución aceitosa.

Al cabo de una semana, la mejoría del estado fué visible, aunque persistíó uno que otro vómito. La T. máxima había subido a 17 y la mínima a 11. La mejoría fué consolidándose de tal suerte, que a mediados de setiembre podíamos considerar a nuestra enferma curada; los vómitos aparecían aislados, cada ocho o diez días.

A principios de diciembre la examiné de nuevo y comprobé un embarazo normal y la ausencia de todo signo de insuficiencia endocrínica.

El parto se produjo en enero de 1920 en tales condiciones de normalidad, que tuve noticias de él muchos días después de producido, en ocasión de ser solicitados algunos consejos sobre lactancia.

Perdí de vista a mi enferma y me imaginaba que todo marcharía normalmente cuando el 28 de junio de 1920 fuí llamado de nuevo.

Al verla una impresión penosa causóme su estado: enormemente enflaquecida (20 kilogramos de pérdida), daba la impresión de una mulata clara que se hubiera teñido los cabellos de rubio. La piel de la cara, especialmente la frente y el contorno de la boca, la piel de las extremidades estaban pigmentadas de color café con leche, resaltando algunos islotes de color moreno. La astenia era profunda, el pulso radial miserable, la pupila perezosa a todos sus reflejos, había ligera dispnea, insomnio frecuente, dolor al nivel del plexo-solar y de la fosa renal izquierda; la enferma se quejaba sobre todo de crisis abdominales dolorosas, acompañada de vómitos y diarrea incesante; la crisis por la que había sido llamado era la tercera en el espacio de algunas semanas. La línea blanca de Sergent era fácil de provocar; la T. máxima era de 11 y la mínima 7.

Con esos datos clínicos y la anamnesis de sus trastornos gravídicos formulé el diagnóstico de: síndrome de Addison por lesión indeterminada de las cápsulas adrenales.

La enferma estaba amenorreica, lo que no era de extrañarse, pues lactaba, y la amenorrea es frecuente en el síndrome de Addison; la lactancia, desde las primeras semanas, le provocaba indecible cansancio.

Calmada su intolerancia gástrica en pocas horas, comencé de inmediato la administración de adrenalina por boca, a la dosis de 40 gotas diarias, en cuatro veces, alimentación hidrocarbonada abundante y diariamente una ampolla de bioplastina.

En pocos días la enferma sintióse mejor, teniendo solamente una crisis abdominal, más leve y más breve que las anteriores.

La visité el 28 de julio en las horas de la mañana; su aspecto era muy bueno, había aumentado 600 gramos en la última semana (2 kilos desde el comienzo del tratamiento), animada, jovial, se levantaba desde hacía una semana y su astenia había desaparecido, según ella; no sentía ninguna molestia abdominal. No puedo especificar su tensión sanguínea exacta, pero la impresión al dedo era de un pulso pequeño pero regular y normalmente batido.

El 31 en la mañana, fuí requerido de urgencia y encontré a mi enferma con el cuadro siguiente: Habíase levantado el 30, animada como los días anteriores y sin ninguna molestia; cuando hacia las 13 horas sintióse atacada de dolores abdominales infraumbilicales, vómitos y diarrea frecuentes, fiebre que alcanzó pronto a 40°, sensación permanente de desfallecimiento y una que otra lipotimia. Un médico llamado a las 19 horas prescribió Poción de Riviére, sin alarmar mayormente a la familia. A mi llegada (9 horas), la enferma está ansiosa, en estado nauseoso, entrecortado por vómitos poco abundantes, ligeramente verdosos, deposiciones diarreicas involuntarias, sin pulso radial y apenas perceptible el carotídeo. La anuria comprobada con la sonda era completa. La amenorrea conocida, me hizo pensar de inmediato en una ruptura de embarazo ectópico y los signos del examen vaginal no dejaron de introducir cierta vacilación en mi espíritu. En efecto; encontré: cuello de consistencia normal, con un grueso pegote de moco verde

amarillento, región anexial derecha ocupada por un tumor del grueso del puño de un adulto, movible, claramente limitable, bastante doloroso; útero en látero - versión izquierda, libremente movible, masa anexial izquierda, irregular dolorosa, del tamaño de un huevo de gallina, perceptible en el fondo del saco izquierdo y parte lateral del Douglas. Fondo de saco posterior elástico, libre de todo exudado perceptible, tanto por el tacto vaginal como por el rectal.

Confieso que en el primer momento vacilé un tanto, no sobre la conducta a seguir, pues el estado de la enferma no autorizaba ninguna intervención, sino sobre el significado de las lesiones.

A juzgar por la marcha de los accidentes, a haberse tratado de una fisuración de un embarazo ectópico o de un aborto tubario, debía datar de más o menos de 20 a 22 horas y era excepcional que en ese largo período no se hiciera perceptible el hematoma peritoneal.

Además — y a este signo dí mucha importancia — ni la piel ni las mucosas accesibles, bucofaríngea, conjuntival, vaginal presentaban esa palidez característica de las hemorragias cataclísmicas. Fuerza era pues interpretar los signos observados por el tacto vaginal, como propios de una de esas anexitis post puerperales larvadas, rastreras, que evolucionan con un mínimum de síntomas y que a veces sólo se despistan en el curso de un examen o por una súbita agudización postmenstrual; la secreción mucopurulenta del cuello era la firma del proceso. En efecto, en el curso del embarazo ectópico interrumpido, aún cuando ha faltado la metrorragia atípica que tan a menudo lo anuncia, es raro que después del accidente (fisura, ruptura o abortos) falte la excreción sanguinolenta con o sin expulsión de caduca.

Debí, pues, inclinarme a pensar en una insuficiencia suprarenal sobreaguda, diagnóstico al que me llevaba la sintomatología presente y la evolución gravídica y postgravídica de la enfermedad.

Instituí enseguida la más enérgica terapéutica (suero, aceite alcanforado, adrenalina subcutánea), e hice transportar la enferma de inmediato a un sanatorio para el caso

de que nuevos signos abdominales hicieran modificar mi diagnóstico y justificaran una laparotomía.

Hacia las catorce horas comprobé una ligerísima reacción; la diarrea y los vómitos habían cesado, el pulso radial comenzaba a sentirse apenas, la pupila empezaba a reaccionar. La palpación profunda del abdomen no denotaba colección perceptible, no había defensa muscular; secreción vaginal nula; la piel y las mucosas continuaban con su dolor normal. Desgraciadamente esta situación no se mantuvo; a las 19 horas el estado era casi agónico: desaparición de todos los reflejos, pérdida de conocimiento, ligera dispnea (34), pulso apenas perceptible en la carótida, embriocardía, ligeras convulsiones de la cara y miembros. En ese momento el abdomen continuaba silencioso a la exploración. La punción del fondo de saco vaginal posterior fué negativa.

Ninguna reacción se produjo en la enferma y falleció a las 22 horas; los accidentes habían durado, pues 33 a 34 horas. No fué autorizada la autopsia.

Las investigaciones de estos últimos años han establecido sin posibilidad de duda, la importancia que las glándulas adrenales tienen en la evolución del estado gravídico puerperal, pero la noción de la insuficiencia suprarenal recién se vulgarizó después de la publicación del artículo de Sergent y Lian ("Presse Medicale", el 11 de diciembre de 1912). Cábenos, sin embargo, el honor, que reivindicamos en esta lección, de haber precedido a los autores europeos en esta vía.

En efecto: en los programas de nuestro curso teórico de Obstetricia y Ginecología en la Facultad de Medicina, correspondientes a los años 1907 y 1908, figura ya el tipo surrenal de la toxemia gravídica precoz, sobre la base de un caso muy típico observado en nuestra policlínica Obstétrica del Hospital Maciel, a fines de 1906.

Las primeras publicaciones europeas son las de Silvestri y Fosatti, Zampognini, Rebaudi, Chichidimo, Robinson y Regnault, de diciembre de 1908 a mayo de 1911.

Para nosotros la insuficiencia renal aislada, o más co-

múnmente asociada a la insuficiencia ovárica (o lutéinica), hepática, tiroidea, figura con frecuencia como factor decisivo en el síndrome de la toxemia gravídica precoz, contribuyendo en las formas graves, unido a la acidosis y a la hipercolesterinemia a constituir la modalidad clínica designada con el nombre de: vómitos incoercibles.

Nuestra enferma inició su primero y único embarazo con un síndrome suficientemente claro para legitimar el tratamiento opoterápico emprendido. En ella los vómitos se acompañaban de astenia e hipotensión arterial, que no condecían con la insuficiencia luteínica pasajera y espontáneamente curable, o justificaban a lo sumo, en caso de persistencia, la opoterapia correspondiente. Faltaban también las modificaciones químicas en la composición de la orma y las substancias anormales que, índice de metabolismo viciado, señalan la insuficiencia hepática. La justeza del diagnóstico fué aquilatada por la sedación de los síntomas; pero no puede dudarse que la victoria no fué completa pues la enferma vomitaba cada 8 o 10 días y posiblemente mantuvo su equilibrio funcional, merced a la continuidad de pequeñas dosis de adrenalina.

Es en este estado de aparente salud que sobreviene el parto y la lactancia.

El primero no parece haber tenido acción determinante sobre la evolución de la enfermedad.

No podemos decir lo mismo de la lactancia.

La simbiosis armónica homogénea, designación feliz con la que se ha querido sintetizar la asociación natural materno - fetal que comienza en la concepción y termina en el destete, sufre durante la lactancia no pocas excepciones.

La capacidad lactante de la mujer civilizada, en el medio urbano, decae visiblemente y en aquellas madres en las que el instinto y el razonamiento no se sobreponen a consideraciones de autodefensa, pueden originarse situaciones alarmantes.

La lactancia es una ocasión de pérdidas orgánicas que de no ser compensadas por una alimentación apropiada y un metabolismo perfecto colocan a la madre en inminencia de derrota.

En nuestro caso debemos agregar que la insuficiencia suprarrenal es un factor eficiente de la decalcificación intensa y los resultados del tratamiento adrenalínico de la osteomalacia y hasta de los simples reblandecimientos articulares gravídicos lo demuestran.

Así, pues, la lactancia, aún reglamentada, colocó a nuestra enferma en condiciones de un debilitamiento progresivo é intenso, como lo prueba la enorme baja de peso (20 kilogramos).

Pero esto no basta para explicar la trágica terminación; existía indudablemente una lesión funcional u orgánica — no lo sabemos — de las cápsulas adrenales, pero sus efectos eran contenidos, por lo menos en apariencia, por la medicación.

¿A qué atribuir el brusco y definitivo déficit?

Nuestra enferma tenía manifiestamente un foco infeccioso en su abdómen, de virulencia mínima si se quiere, pero suficiente para poder a prueba el rol antitóxico, defensivo de las cápsulas. ¿Ha habido ruptura brusca de ese equilibrio por falta suprarenal directa, o absorción maciza de toxinas (y tal vez la hipertermia de cada una de las crisis inclinaría a pensarlo)?

No nos atreveríamos a opinar de una manera precisa.

Es de lamentarse que la ausencia de síntomas abdómino-pelvianos no nos haya llevado a un examen genital precoz; pero la enferma daba una sintomatología tan precisa durante sus crisis: dolor abdominal superior, vómitos, diarrea y fiebre, que, teniendo en cuenta la indolencia del cuadrante inferior del abdómen, no pensamos en la posibilidad de una lesión pelviabdominal, sino cuando el síndrome agudo trajo a nuestro espíritu la sospecha del embarazo ectópico.

La marcha rápida de la enfermedad, — 15 meses a lo sumo, — obliga a pensar si en ella no entra por mucho el factor gravidez-lactancia y a ello nos inclinamos.

En resumen, nuestra enferma ha recorrido cinco etapas bien diferenciadas:

1.° Síndrome toxémico inicial de la primera mitad del embarazo.

2.° Período de latencia (segunda mitad del embarazo), sostenido por el tratamiento opoterápico.

3.° Período de agravación, constituído por la lactancia y la evolución latente de una gruesa lesión anexial (5 meses).

4.° Período de mejoría subjetiva y objetiva, bajo la influencia de la opoterapia adrenalínica, pero persistencia de su lesión genital ignorada (un mes).

5.° Crisis final por insuficiencia suprarrenal sobreaguda (33 - 34 horas).

Formas clínicas acidósicas puras o predominantes de la toxemia gravidica (1)

Señor Profesor Couvelaire:

Señores Profesores: Señores:

Es con profunda emoción que tomo la palabra en esta cátedra.

Mi ilustre y venerado maestro el profesor Adolfo Pinard, a cuya prodigiosa juventud espiritual y orientación generosa de toda su obra cientifica social saludo respetuosamente, fué en ella mi iniciador en la Obstetricia. Su sucesor el prof. Couvelaire, sin abandonar la tradición sana y honesta de la escuela, ha dado a su enseñanza las características modernas, impuestas por la evolución de nuestras ideas y de nuestros procedimientos.

No me ilusiono sobre el significado y el alcance del honor que me han discernido, cediéndome momentáneamente su sitio ante vosotros; mis méritos personales no bastarian para explicarlo.

Acepto ese honor como la expresión de sentimientos amistosos hacia mi país, que en un momento en que la salvación de Francia parecía peligrosamente comprometida, no titubeó en colocarse a su lado, orgulloso de alistarse entre los defensores del Derecho y de la Justicia.

No pienso hablaros de cosas que no conozcáis. A una cuestión discutible o discutida, he preferido un tema clínico, pensando que es, mas que nada, a futuros médicos prácticos que me dirijo.

---

(1) **Ampliación de la lección clínica dictada en la Clínica Obstétrica Baudelocque de la Facultad de Medicina de París, Noviembre 9 de 1925.**

Me sentiría feliz si llamara vuestra atención sobre un síndrome que—desconocido—puede seriamente comprometer la salud y aún provocar la muerte de la mujer grávida.

Con justa razón se ha llamado a la eclampsia "la enfermedad de las teorías" tal es el número de las que se han propuesto para explicar tan grave sindroma.

Igual calificativo merece ese obscuro y tan frecuente síndrome que acompaña en muchas mujeres al comienzo del embarazo.

A medida que nuestros conocimientos sobre la fisiología y la fisiópatología de la gravidez van asentándose sobre bases biológicas, más complejo se vuelve el problema y menos seguras son nuestras convicciones.

Vivimos en plena reacción triunfante del "humorismo": justo es, pues, que encuadradas en el marco general de esta orientación principista médica surjan las hipótesis y las teorías humorales y vayan quedando en la sombra las interpretaciones "organicistas", a las que el talento de Wirchow dió impetuoso impulso desde mediados del siglo XIX hasta la primera década del presente.

Las nociones exactas que hoy poseemos sobre la implantación del óvulo fecundado arrojan un cúmulo de datos susceptibles de servir de substracto a una hipótesis humoral del síndrome complejo que acompaña el primer trimestre de muchos embarazos.

Pero no olvidemos que hasta ahora es una hipótesis, y guardándonos muy bien de confundirla con la realidad acumulemos todos los hechos susceptibles de transformarla en cuerpo de doctrina, prontos sin embargo, a abandonarla apenas la observación clínica y la experimentación del laboratorio nos demuestren que ella no responde a la verdad objetiva, cuya conquista debe ser la meta de nuestros esfuerzos.

Dentro del concepto actual de las acciones y reacciones recíprocas que en el organismo femenino despierta el impacto de un óvulo fecundado con los órganos destinados a su implantación y desarrollo, cabe admitir la existencia de un

estado de desequilibrio humoral, de una verdadera toxemia, latente, evidente o vencida, en toda mujer grávida.

El estudio de las etapas anatómicas iniciales del corión primitivo, su actividad hemolítica y citolítica, la repercusión microscópica y macroscópica, que se evidencia en toda la zona genital, predisponen a admitir que el organismo reacciona humoralmente como histologicamente en forma y proporciones variables que explican el polimorfismo clínico del síndrome que nos ocupa.

Es posible que en proporciones variadas existan: 1.° una o varias substancias tóxicas al principio circulantes y luego fijadas en uno o más órganos o aparatos, substancias elaboradas por el corión primitivo, en rápida evolución; y 2.° una o más substancias elaboradas por el organismo y destinadas a neutralizar la acción de las primeras.

Cuando el equilibrio se establece o se restablece, ya sea por neutralización de la o las substancias de origen corial o por adaptación, mitridatización, si se me permite el vocablo, del organismo materno en su conjunto, se realiza la "simbiosis armónica homogénea del profesor Bar.

Este estado ideal que personificaría la gravidez absolutamente fisiológica, ¿es frecuente?

No dudo que en las especies animales y en los grupos étnicos humanos, no viciados por una herencia patológica ancestral, fruto del refinamiento de la civilización y de la ignorancia de los preceptos de la Higiene, la "simbiosis armónica homogénea", elegante fórmula verbal del embarazo, es posible y probable.

Pero en nuestro ambiente, ¿cuántas son las mujeres personal o hereditariamente indemnes de toda tara patológica?

A esta circunstancia y a las variadísimas y complicadas combinaciones de esos factores de fragilidad orgánica, deben atribuirse las múltiples y difícilmente diferenciables formas clínicas de la toxemia gravídica. Pero no es mi objeto detallar este estudio.

A las formas que desde hace varios años he podido diferenciar, puedo hoy agregar otra, cuyo estudio, pululante aún de obscuridades, se presenta lleno de promesas susceptibles de

agregar nuevos factores de éxito en la lucha contra el síndrome grávido - toxémico.

Me refiero a las formas puras o predominantemente acidósicas de la toxemia.

Si la palabra acidosis es relativamente nueva en Clínica obstétrica, el concepto es conocido de mucho tiempo.

El trabajo "princeps" de la cuestión, es la memoria de Vicarelli, en 1897, sobre la acetonuria como signo revelador de la muerte del feto. Noción interesante, pero contrariada por observaciones ulteriores, fué, sin embargo, punto de partida de otras investigaciones, entre las que debo señalar por su importancia actual, el trabajo de Couvelaire sobre la acetonuria transitoria del trabajo de parto. (1899).

A pesar de la masa considerable de trabajos publicados en estos últimos años, particularmente por los investigadores y clínicos estadounidenses, está lejos de haberse realizado el acuerdo sobre origen real de la acidosis.

Parece averiguado que las intoxicaciones, ciertas insuficiencias orgánicas (hígado, glándulas suprarrenales) y, sobre todo, la inanición son factores determinantes de la acidosis. En esta última existiría un déficit de glucógeno y aparición de cuerpos cetónicos formados a expensas de los ácidos aminados, provenientes éstos de la demolición de la molécula albuminoidea.

Por lo que respecta a la fatiga como factor de acidosis, múltiples investigaciones, en particular las de Azzo Azzi, demuestran que los cuerpos cetónicos pueden aumentar de 90 a 150 veces con un ejercicio fatigoso y a más de 250 con una fatiga reiterada.

Es evidente que si bien la cetosis, la acetonuria, la disminución de la reserva alcalina del suero, son indicios de un aumento en la cantidad de cuerpos acidógenos, se vislumbra que hay aún factores no bien determinados que contribuyen a la intoxicación, pues que los cuerpos cetónicos por si solos no parecen poseer una toxicidad excesiva.

Erraría seguramente si hiciera de la acidosis una novedad en la historia de la toxemia gravídica.

Pero la acidosis final no es sino exponente de la inanición

por imposibilidad alimenticia y de las graves lesiones hepáticas que caracterizan esa forma. En estos casos el síndrome es complejo, y son tantos y tan serios los signos y síntomas de la insuficiencia hepato - renal, tan evidentes las modificaciones de la fórmula química urinaria, delatora de los profundos trastornos del metabolismo, que el elemento acidósico, —aunque muy importante del punto de vista de la terapéutica,—pasa a segundo término como índice de clasificación nosológica.

Mi interés está en despertar vuestra atención sobre tipos y formas de toxemia, en los que la acidosis cobra tal importancia que predomina, y a las veces es la única causa visible de la toxemia.

He aquí un primer caso complejo en el que la acidosis desempeñó un papel importante, pero acompañando a un síndrome mixto, predominantemente hepático.

Observación I. — Señora L. de C. Primigesta, con antecedentes de fragilidad funcional del tubo digestivo. U. R. 29 de julio de 1923. A fines de agosto empezó a sentir mareos, malestar general, nauseas y gran somnolencia después de las comidas. En setiembre los vómitos se hacen más frecuentes, amarillos o verdes, a veces oscuros (¿sangre?) dejando tras de sí gran postración; de cuando en cuando había ascensos térmicos, que alguna vez llegaron a 38°5.

El médico de la familia instituyó opoterapia ovárica, a la que agregó poción Riviére y algunos medicamentos de acción antiemética; este tratamiento no trajo mejoría alguna.

La situación fué progresivamente más seria, hasta que el 6 de octubre fuí llamado en consulta.

El aspecto de la enferma era alarmante: demacración profunda, lengua seca y obscura, náuseas incesantes, vómitos de color hemático, tinte subictérico conjuntival, dolor epigástrico espontáneo y sensibilidad grande a la presión, macidez hepática conservada, constipación, orinas escasas, turbias y oscuras, T. 38° P. 140. La enferma en constante somnolencia, solo la interrumpía con algunos gemidos. El aspecto era de una profunda intoxicación.

Instituí de inmediato el tratamiento siguiente: dieta ab-

soluta ab ore, suero glucosado y bicarbonatado sódico a la Murphy, aceite alcanforado al 20 %, 4 c.c., cada 4 horas, adrenalina y extracto hepático por vía subcutánea. El examen urinario dió: trazas de albúmina, bilis y acetona en gran cantidad, ligera cilindruria.

Había sangre en el líquido vomitado.

Al día siguiente la situación se mantenía casi sin modificaciones solo se observó disminución de las náuseas y ligero aumento de la orina.

En los días siguientes el estado de la enferma fué progresivamente mejorando. Persistían aún algunas náuseas, pero la alimentación (feculentos, jugo de frutas, caldo de verduras), era posible.

El tinte subictérico desapareció, así como el dolor epigástrico; la somnolencia no existía ya, y el examen de orina practicado el 18 de octubre dió: densidad 1010, urea 2 gs. 94 por mil, cloruros 1 gr. 87 por mil, indicios de albúmina, glucosa 2 grs. 20 por mil, no hay acetona, ni bilis, ni urobilina, algunos leucocitos y numerosas células epiteliales de las vías urinarias.

La enferma en buen estado general, recuperó su aspecto normal y se alimentaba racionalmente, con muy raras náuseas, cuando inopinadamente, en la noche del 12 al 13 de noviembre inició una nueva crisis emética, que en breves horas la llevó a un estado semejante al del mes anterior. La orina del día 14 dió reacción intensa de acetona. El examen de los vómitos dió intensa reacción de Weber. Volvi de nuevo a instituir la alcalinización por vía rectal, a la que, apenas fué posible, se agregó la vía bucal; el 17 podía considerarse yugulada la crisis. El resto del mes de noviembre, todo diciembre y gran parte de enerc pasaron sin novedad alguna.

El tratamiento se había reducido al extracto hepático por vía bucal y al bicarbonato de soda (3 a 4 grs. diarios).

Nuevamente sin faltar al régimen ni otra causa determinante, el 22 de enero reaparece la crisis acidósica con caracteres algo más atenuados que en las crisis anteriores. El análisis de orina del día 25 de enero (48 horas después de iniciado el tratamiento antiacidósico) dió: urea grs. 31 por mil,

cloruros 1 gr. 05, albúmina indicios, glucosa 2 grs. por mil, acetona reacción intensa, indican reacción débil, examen microscópico: no dió elementos anormales.

Un examen hecho el 8 de enero había dado solo indicios de albúmina, sin ningún otro elemento químico ni microscópico anormal.

Esta crisis, sindrómicamente más benigna que la de noviembre, duró hasta el 30 de enero, fecha en la que todo entró en la normalidad. A partir de esa fecha y salvo ligeras molestias (pirosis, constipación moderada), el embarazo prosiguió normalmente.

El examen del 11 de abril dió solamente 0 gr. 20 de albúmina por mil y raros cilindros hialinos.

El 3 de mayo de 1924 se inició el trabajo y espontáneamente se produjo la expulsión de un feto muerto y macerado; la muerte de éste parece haberse producido en los últimos días de abril.

Tuve que hacer una pequeña perineorrafia y el puerperio se desarrolló normalmente; la enferma se levantó a los 11 días.

Debo hacer notar un signo que persistió durante el embarazo — aún fuera de la crisis — y después del parto: una taquicardia nunca inferior a 98 - 100 y que a menudo alcanzó a 108 y 110 por minuto.

La enferma había vuelto a su vida normal, vigilándose mucho del punto de vista de su fragilidad funcional hepática, cuando hacia el 23 empezó a sentir dolores a lo largo del ciático derecho, que se atenuaron, sin desaparecer, bajo la influencia de algunos comprimidos de aspirina.

El 29 de mayo — 25 días después del parto — sintió algunos dolores inguinales a la derecha, y en la noche en la pantorrilla; en la mañana del 30 sintió pesadez y notó hinchazón en la pierna derecha, y a la tarde pude comprobar una flebitis que alcanzaba al 1|3 inferior del muslo. De inmediato instituí el tratamiento clásico. La temperatura, hasta el 1.° de junio, osciló entre 37.1 y 37.8.

En la madrugada del 1.° al 2 de junio, sintió algunos

pinchazos en la piel de la cara, apareciendo casi enseguida unas manchas rojas que se extendieron por toda ella.

Vista por mí en la tarde del 2, constaté: P. 110, T. 38.5; nada notable del lado de la flebitis, salvo un mayor aplanamiento del pliegue inguinal derecho.

La piel de la cara presenta unas placas de eritema en islotes, muy poco salientes, de bordes difusos y que en el centro son francamente hemorrágicas. La erupción se ha acompañado de un estado gástrico caracterizado por náuseas y vómitos biliosos. El estado general es bueno. La orina, retenida desde la noche porque la enferma tiene dificultad de micción sobre la chata, es fuertemente coloreada y turbia. Instituyo provisoriamente 3 grs. de cloruro de calcio por día y suprimo toda otra medicación.

3 de junio. El cloruro de calcio no ha sido tolerado. Continúan los vómitos. Se sigue el mismo tratamiento. No ha aumentado la erupción facial.

4 de junio. Gran agitación durante la noche anterior. La enferma ha movido mucho el miembro enfermo. Se sigue el mismo tratamiento y 1 cc. de pantopón en la noche. Temperatura 37.3, 37.5.

5 de junio. Noche tranquila. Mejoría general, lengua húmeda. Se suprime, transitoriamente, el Murphy. Ha absorbido 1.000 cc. de suelo gluc°. bic°. en 30 horas.

La flebitis se ha extendido a todo el miembro, e invade la pelvis(dolor en la fosa ilíaca derecha).

Rehago el apósito, se comienza la alimentación: chuño esespeso, papilla de manzana cocida. T. 37.8, 39.5. Hay una mejoría pasajera de 24 horas.

El día 7 se presenta una flebitis extensa del lado izquierdo.

El pulso se mantiene entre 150 y 170.

En la noche se produce una embolia pulmonar izquierda poco extensa. El estado general continúa empeorando. La temperatura asciende y se mantiene alrededor de 38.5, 39.5.

La flebitis continúa invadiendo el abdómen (edema de la parte inferior del tronco), y la enferma muere bruscamente en la mañana del 12 de junio (embolia cerebral?); no se hizo autopsia.

Pero si en este caso la acidosis fué acompañada de otros signos de toxemia, he aquí dos observaciones en las que ella fué absolutamente pura.

Observación II. — Berta B. P. de R., 28 años, casada, ha tenido su última menstruación a fines de noviembre de 1921. El comienzo de su embarazo no se ha señalado por ningún signo anormal, con excepción de una fugaz crisis de malestar digestivo a fines de diciembre.

El 10 de enero de 1922 el Br. Sáenz es llamado y constata lo siguiente:

(1) La enferma hace 6 días que se siente progresivamente más molestada, y presenta un facies de evidente intoxicación; lengua seca y dura, postración y somnolencia constantes. Náuseas contínuas, oliguria, pulso saltón a 110 y temperatura 38°. Hay en la base pulmonar derecha un pequeño foco de congestión. Se somete en seguida al tratamiento de dieta hídrica. Analizada la orina da indicios de albúmina y glucosa y reacción intensa de acetona; ningún otro elemento normal.

Se ordena de inmediato la administración de alcalinos a alta dosis (40 o 50 gramos diarios de bicarbonato de soda) en gran cantidad de agua (2 y 2 ½ a 3 litros).

Al día siguiente la fiebre y la somnolencia habian desaparecido, persistiendo la anorexia y el estado nauseoso. El análisis urinario demuestra la desaparición de la albúmina y de la glucosa y la persistencia de fuerte cantidad de acetona.

Purgante salino y alcalinización.

12 de febrero. Ha dormido bien; lengua saburral, pulso y temperatura normales; ha desaparecido la localización pulmonar, hay ligera poliuria.

Análisis urinario: acetona reacción intensa. Se comienza la alimentación: frutas, caldo de cereales.

13 de febrero. Soy llamado a hacerme cargo de la enferma y observo: estado general bueno, lengua húmeda, poliuria, algunas náuseas e inapetencia.

El examen demuestra la existencia de un embarazo normal, de 2 y ½ a 3 meses.

---

(1) Datos proporcionados por el Br. Ab. Saenz.

Ratifico el diagnóstico y la terapéutica empleada e intensifico la alimentación.

La acetona, que aún ese día da reacción intensa, desciende el día 14 a indicios y desaparece en el examen del 2 de marzo.

Durante toda la evolución de esta crisis, el examen de orina no demostró ningún otro elemento anormal, ni modificaciones cuantitativas de los elementos normales, que no estuvieran en relación con el régimen alimenticio de la enferma.

En los primeros días de marzo podía considerarse a la enferma completamente libre de su acidosis.

El embarazo prosiguió su marcha normal, sin que reaparecieran en su orina reacciones de acidosis, hasta que el 5 de mayo, bruscamente, sin errores de régimen, ni causa alguna apreciable se desencadena una nueva crisis emetiforme igual a la del mes de febrero.

Dos o tres horas de estado nauseoso, seguido rápidamente de vómitos incesantes, que inhiben toda administración ab ore; escalofrío y reacción térmica intensa (39°9).

Ordeno 500 cc. de suero bicarbonatado (1.50 %), y glucosado (15 %), por vía endovenosa. A las pocas horas la mejoría se inicia y el día 7 la mejoría permite comenzar la alcalinización por vía digestiva (30 grs. de bicarbonato de soda, con 40 gotas de solución de cloruro de adrenalina). Los análisis de los días 5 a 8 dieron reacción intensa de acetona, que desapareció en el análisis del día 11 de mayo.

Desde ese momento el embarazo prosiguió su marcha sin incidentes, y al término nació un feto masculino vivo y perfectamente conformado. La placenta no presentaba lesiones macroscópicas visibles.

En 1925, en el curso de un segundo embarazo y consecutivamente a fatigas provocadas por la asidua asistencia de un niño enfermo, hizo una brusca crisis de acidosis de mediana intensidad, que cedió rápidamente al tratamiento. Las crisis no se reprodujeron y el parto fué normal. Hijo vivo y sano.

Observación III. — M. A. O. de B., 22 años, casada

a principios de diciembre de 1922. Ultima menstruación el 8 de agosto de 1923. A fines de agosto y principios de setiembre, angina fáringea con flora bacteriana variada, al parecer sin bacilo de Loeffler, pero que por su persistencia obliga a hacer 30 cc. de suero antidiftérico, con precauciones, por ser la segunda vez que se hacía en ella sueroterápia específica por difteria.

Coincidiendo con los últimos días de una reacción sérica, se presenta una crisis de náuseas y vómitos, que dura 48 horas y desaparece, dejando sólo algunas náuseas matutinas, salivación intensa y pirosis.

El embarazo prosigue sin tropiezos hasta el 28 de octubre, en que bruscamente se inician vómitos, al principio alimenticios, luego biliosos y mucosos, que se caracterizan por su frecuencia y su violencia.

Ya en la mañana del 29 la somnolencia es continua y sólo interrumpida por los vómitos.

Veo a la enferma en la tarde del 30 de octubre por primera vez.

Facies pálido y demacrado, lengua de loro, piel seca, apirexia, pero pulso entre 140 y 150. Oliguria marcada, constipación. Indiferencia y apatía mental, vómitos incesantes, dolor epigástrico espontáneo y a la presión, macides hepática algo disminuída.

Considero en extremo grave el estado de la enferma y ordeno: dieta absoluta, hielo al epigastrio, recoger para análisis la orina emitida.

La noche es agitada; los vómitos se detuvieron dos horas y luego prosiguieron con violencia.

31 de octubre. Estado estacionario. El examen de orina denota reacción muy intensa de acetona y de ácido diacetilacético y ácido B-oxibutirico. No hay ningún otro elemento anormal. Se administra un enema evacuador y luego suero bicarbonatado y glucosado a la Murphy. Cada 12 horas 1 cc. de pantopón y cada 4 horas 4 cc. de aceite alcanforado al 20 %. Hielo al hipogastrio. Dieta bucal absoluta. Ha habido menos vómitos, pero el estado nauseoso persiste.

1.° de Noviembre. — Hay manifiesta disminución de los

vómitos, la lengua empieza a humedecerse. Mismo tratamiento. Se comienza prudentemente a dar por boca, decocción de cereales.

2 de Noviembre. — Se acentúa la mejoría, aumentándose progresivamente la alimentación.

A partir de esta fecha la mejoría es progresiva, haciéndose posible una alimentación más copiosa.

El 12 de noviembre la orina denota la presencia de 5 gramos de glucosa y ausencia de acidosis.

Desde los primeros días de noviembre y en vista de haber aparecido un ligero tinte sub-ictérico conjuntival, se dió: extracto hepático 2 gramos, una inyección de Metoarión Aster y 15 gotas de adrenalina.

La mejoría fué rápida y a fines de noviembre todo había entrado en la normalidad.

El 3 de enero el análisis no daba ningún signo de anormalidad.

La enferma se instaló en su quinta, vigilando cuidadosamente su estado.

Inopinadamente, el 16 de enero de 1924, reaparece una violenta crisis de vómitos con los mismos caracteres que la anterior. El examen de la orina obtenido el mismo día da: reacción de acetona y de ácido diacetiláceetico muy intensa; reacción positiva de urobilina e intensa de su cromógeno. Los demás componentes normales.

Iniciado precozmente el tratamiento (suero rectal bicarbonatado y glucosado, extracto hepático y adrenalina subcutánea), la crisis se yuguló en pocas horas, y el 19 podía considerarse terminada. El resto del embarazo fué normal.

El parto espontáneo y rápido se produjo el 8 de mayo de 1924, de un feto vivo y viable. Placenta sin lesiones visibles. Dos horas después del parto, nueva crisis de vómitos que dura de 8 a 9 horas.

El análisis de orina emitida durante la crisis dió: acetona reacción intensa. No hay ácido diacético.

Enema bicarbonatado sódico e igual substancia por boca (1 comprimido de 50 ctgs. por hora). A las 24 horas todo había entrado en órden.

El puerperio terminó sin incidentes.

Esta enferma embarazada de nuevo de tres meses, hizo una crisis acidósica consecutiva a un ataque de gripe, yugulada rápidamente en 48 horas, con enemas de bicarbonato de soda, como terapéutica exclusiva. Posteriormente y en presencia de una nueva crisis fué sometida a la cura insulínica (10 unidades diarias) y el embarazo terminó sin incidente alguno.

Aunque limitado el número actual de mis observaciones, son ellas suficientemente concordantes para que ensayemos una descripción de conjunto. Un primer hecho llama la atención.

Así como en las toxemias habituales (hepática, surrenal) las enfermas pasan muchos días, a las veces semanas, antes de agravarse en forma de alarmar a la familia y aún al médico, en los tipos acidósicos la marcha de la toxemia es precipitada, y en pocas horas el aspecto de la enferma es tal que hasta los profanos se dan cuenta de su gravedad.

A esto debe agregarse que los fenómenos tóxicos se presentan brusca o casi bruscamente.

Los vómitos adquieren muy rápidamente el carácter de incoercibles y se tiñen muy precozmente de sangre. A la agitación, tan común en otras formas de toxemia gravídica, que desespera a las enfermas en procura de alivio a su estado, reemplaza en estos casos una indiferencia, una pasividad mental, a veces una somnolencia, sólo interrumpida por los frecuentes vómitos.

El análisis completo de orina puede no dar más signos anormales que la intensa acetonuria, pero el de sangre es demostrativo.

El doctor Martínez Olascoaga, Asistente de mi Servicio clínico hizo una serie de investigaciones muy interesantes llegando a las conclusiones siguientes con los que estoy de completo acuerdo:

1.° Existe una acidosis simple durante la gravidez normal que no se traduce clínicamente, dando lugar a un descenso casi constante de la reserva alcalina del plasma.

2.° Ignoramos en la actualidad la causa productora de

esta acidosis, pudiendo, sin embargo, decirse que no tiene relación con un trastorno del metabolismo de las grasas.

3.° La pequeña toxemia gravídica coincide habitualmente con una acentuación de la acidosis, lo que parecen demostrar la prueba de Sallers y la R. A. disminuída aún con relación a la cifra global media correspondinete a la mujer grávida.

4.° La acidosis simple de la gravidez tiende a desaparecer rápidamente en el puerperio, mostrando la R. A. cifras muy vecinas a la normal al séptimo día del puerperio.

5.° El régimen no influye sensiblemente en el descenso de la R. A. y en la reducción de la acidosis simple, ni aún en los casos de pequeña toxemia.

6.° En la apreciación de las diversas desviaciones del equilibrio ácido - básico producido en las embarazadas por causas obstétricas, quirúrgicas o médicas, conviene tener en cuenta los datos obtenidos con el estudio de la reserva alcalina de las grávidas normales, con el objeto de dar su justo valor a las respuestas del laboratorio y orientar la terapéutica en un sentido racional.

Como se vé, existe una leve acidosis en las más normales de las grávidas, pero lo que ahonda las dificultades de interpretación es que multiplicando las investigaciones se llega a la conclusión que — salvo los casos extremos — se constatan hechos desconcertantes.

En efecto el concepto de la acidosis clínica no se superpone al de la acidosis química. Para una reserva alcalina igualmente baja ciertas enfermas presentarán un síndrome severo mientras que otros no acusarán el menor síntoma.

Sin despreciar por cierto el valor de la R. A. del plasma ni los datos que arroje el examen de la sangre y de la orina, no es menos cierto que hay hasta ahora un factor desconocido que explica el polimorfismo clínico.

Pero si la R. A. baja puede ser una sorpresa en casos silenciosos, cuando ella acompaña el síndrome emético con los caracteres que hemos determinado, adquiere un valor decisivo que condiciona la intervención terapeútica.

A poco que se analice el síndrome que nos ocupa, se verá

que se superpone al cuadro tan conocido del vómito acetonémico de los niños.

Por las observaciones que os he presentado parecería deducirse que el pronóstico es sólo parcialmente grave. Mi impresión es que la benignidad relativa está en relación con la precocidad del diagnóstico.

En Montevideo, desde hace muchos años, en mi enseñanza clínica, insisto en la necesidad de eliminar un grupo bien señalado de afecciones capaces de dar origen a un síndrome emético y que por coincidir o agravarse durante el embarazo son susceptibles de inducir a error.

Las dispepsias, la litiasis biliar, la apendicitis, son capaces de simular los vómitos gravídicos, y al descubrimiento de esta noción se debe que tan a menudo se registren como fracasos de la terapéutica racional de la toxemia gravídica, lo que en realidad son errores de diagnóstico.

Es sólo después de un examen clínico ceñido y de un análisis completo de la orina y de la sangre, que estaréis habilitados a formular un diagnóstico global de toxemia gravídica y a determinar a que tipo pertenece.

Cuando, en casos como los que os he relatado, la acidosis llena el marco clínico, una terapéutica causal se impone y es de resultados decisivos.

La alcalinización intensiva es, como lo demuestran mis primeros casos, de un resultado favorable inmediato. La administración del bicarbonato de sosa, asociado a la glucosa, por vía rectal, con la técnica de Murphy, es perfectamente tolerada, y yugula, por lo general el síndrome.

Si recordáis la crisis que mis enfermas presentaron después del descubrimiento de la acidosis, os habréis dado cuenta que ellas fueron siempre más benignas y más breves que la primera, y que obedecieron siempre al tratamiento de saturación alcalina.

Una solución glucosada al 15 % y bicarbonatada de 4 a 6 % ha sido suficiente en mis casos.

Pero que alguna vez hemos sido llamados tardíamente o estuvimos en presencia de formas graves o rebeldes.

Es para estos casos que la insulina representa la medicación heróica.

No es del caso de entrar en detalle al estudio de la acción íntima de esta substancia. Pero, si su eficacia es real, su administración inconsiderada no está exenta de riesgos.

No deis jamás insulina sin haberos cerciorado del estado de la glicemia y de la reserva alcalina del suero.

No olvidéis que a las enfermas sometidas a la insulinoterapia las acecha el peligro de la hipoglicemia.

Por eso es indispensable la administración contemporánea de glucosa; el suero glucobicarbonatado, por vía endovenosa, inyectado muy lentamente, os pondrá a cubierto de todo riesgo.

La insulina a la dosis de 10 a 100 unidades diarias, dominará casi siempre la toxemia, cuando lesiones irreparables de los órganos de defensa no hagan inutil toda tentativa e imposible el restablecimiento de la enferma.

De lo que habéis oído llevaréis el convencimiento que la acidosis por sí sola, puede dar origen a una toxemia de gravedad suma.

Entretanto no olvidéis que la acidosis primitiva o secundaria es un estado muy frecuente en las grávidas; no olvidéis tampoco que su desconocimiento, no solamente os privará de un medio invalorable para establecer una terapéutica racional, sino que llevará a vuestras enfermas a un punto en que toda medicación será infructuosa.

El conocimiento de estos hechos os permitirá contribuir, cada vez con más eficacia, a que el embarazo sea un estado fisiológico y no como con tanta frecuencia lo es, "una enfermedad de nueve meses".

Señor Profesor Couvelaire:

Con exceso he detentado vuestra cátedra. En este anfiteatro, que evoca en mí la añoranza de mis años juveniles y el recuerdo de una enseñanza obstétrica que ha inspirado toda mi vida profesional, habrá resonado la voz de un médico que no ha olvidado jamás — y se honra — considerándose siempre un discípulo de la Clínica Baudelocque.

Por lo que vuestra deferente atención para mí representa, en nombre de mi país os doy las gracias.

Procidencia del cordón umbilical

Hace algunas noches fuí llamado con urgencia por una de nuestras parteras que a sus conocimientos alía una conciencia poco frecuente de encontrar.

Llegado a la casa encontré a un colega, médico general, que en vista de mi llegada suspendió una maniobra, muy clásica por cierto, pero que a no dudarlo no nos hubiera dado el resultado que obtuvimos siguiendo una orientación terapéutica diferente.

La situación era la siguiente: Segundípara al término de su embarazo; durante toda su evolución no había sido examinada en razón de encontrarse lejos de todo auxilio médico en una localidad remota de un departamento fronterizo; apesar de que no presentó molestias de importancia, afirmaba que su vientre había crecido desmesuradamente en las últimas semanas y que a contar de fines del sexto mes había notado en él un volumen mayor que en su primer embarazo.

Llegada la víspera a Montevideo, se aprestaba a ponerse en asistencia, cuando inopinadamente había perdido gran cantidad de líquido claro, sin acusar dolor de clase alguna.

El examen me demostró un cuello largo de 2 a 3 cmts., apenas permeable al índice, al través del cual salía una asa del cordón umbilical de unos 20 a 25 ctms. de largo, con latidos vigorosos, arrollada en la vagina.

El útero, apesar del líquido perdido, tenía aún 33 ctms. de altura y salvo algunas raras contracciones indoloras no presentaba otro signo anormal que una fluctuación manifiesta en la región del fondo. El feto movible en exceso, en presentación cefálica, izquierda transversa, tenía un ritmo cardíaco perfecto. Estado general de la paciente muy bueno, apirexia, pulso emotivo a 100. Un solo tacto hecho por la partera anteriormente al mío y al parecer con buena asepsia.

El colega a que me refiero se disponía a reintegrar el

cordón valiéndose de un lazo de gasa, armado de una pinza de curaciones uterinas.

Un dato interesante me fué proporcionado mientras examinaba a la enferma; el primer hijo había nacido muerto por compresión del cordón debida a un procúbito del que sólo se apercibió la partera en el momento de salir la cabeza.

No había dudas pues sobre el diagnóstico:: Hidramnios, rotura prematura de las membramas, procidencia del cordón con feto vivo, aún no fijado en el extrecho superior y cuello largo sin esbozo de trabajo.

¿Estaba justificado mi pedido, formulado al colega, de que suspendiera su maniobra?

Razonablemente él no podía hacer otra cosa que lo que secularmente la Obstetricia ha enseñado y contra lo cual apenas tímidamente los tratados actuales ensayan algunas reservas.

En efecto ¿qué se enseña contra la procedencia del cordón? La reposición.

Cuando se recorren viejos tratados sorprende la ingeniosidad de los fabricantes de "repositores". Mecanismos más o menos complejos, medios de fortuna cuando ellos faltan, maniobras manuales cuando la permeabilidad del cuello uterino lo permite, todo se ha ensayado y ¿con qué resultado?

No pocas veces he estado en presencia de la procidencia o de la laterocidencia (procúbito del cordón); confieso que por lo general mi terapéutica ha sido facilitada porque, llamado tardíamente, el feto había muerto.

Pero cuando ésto no había sucedido, cuantas veces me he batido contra una procidencia reincidente. Porque la realidad es la siguiente: o la presentación está encajada o casi y las maniobras de reposición fracasan por la dificultad, de llevar el asa procidente hasta más arriba de la circunferencia máxima de dicha presentación; o la presentación es flotante y por lo tanto en el intersticio pelvifetal se insinúa de nuevo, apenas reducida, el asa procidente.

Por lo que respecta al feto la situación es aún más crítica. Todo cordón procidente está en inminencia de compresión, con todos los riesgos fetales que a tal eventualidad

acompañan. Y es así que las estadísticas globales dan una mortalidad del 30 al 40 %.

A este riesgo evidente de muerte fetal se suma lo que para la madre representa el va y viene de un cordón que trasporta a la cavidad uterina los microorganismos vagino-cervicales.

Así pues con los métodos clásicos he aquí el balance: dificultad o imposibilidad de reposición, riesgos serios de muerte fetal, infección fácil de la cavidad uterina. En nuestro caso otras consideraciones debían agregarse.

Este feto, actualmente vivo y en buenas condiciones había sido precedido por otro muerto durante el trabajo por compresión del cordón (circunstancia curiosa, ambos fetos tenían cordones largos, 60 cm. con el primero y 63 el segundo). Contra lo habitual el padre no había formulado la frase corriente: "Salve usted a la madre, del hijo no se ocupe".

Concepto éste del que participan no pocos médicos; concepto antiobstétrico y antisocial.

Aún en el supuesto caso que hubiéramos podido manualmente reducir el cordón procidente la situación para la madre y el feto no hubiera mejorado mucho.

Huevo abierto, cuello cerrado, útero en reposo, cabeza flotante eran condiciones apropiadas para la reiteración de la procidencia, la infección amniótica y la muerte fetal como consecuencia; a lo que teníamos que agregar la instabilidad de todo pronóstico relativo a la marcha del parto futuro y a la acomodación fetal.

Teniendo en cuenta estas circunstancias, el estado favorable de la paciente y el recuerdo de otro caso anterior, propuse y merced a la colaboración amistosa del colega asistente obtuve, que se me autorizara a practicar una operación cesárea abdominal. Esta fué practicada dos horas después realizando una histerotomía segmentaria, con la satisfacción de dar de alta al 10.° día a la madre y a un niño que al nacer pesaba 3.900 gramos.

He dicho que en mi ánimo pesó el recuerdo de un caso anterior. Helo aquí: Primípara de más de 30 años, embarazo de 8 meses, ruptura precoz de las membranas una hora des-

pués de comenzado el trabajo; cuello largo con orificio permeable al través del que se percibe en la cavidad un cordón procidente; feto vivo en O. I. D. T.; latidos fetales buenos en el momento de mi examen, pero he sido llamado porque la partera varias veces ha notado oscilaciones serias en el número de los latidos (120 a 90 y aún a 80). El diagnóstico de la procidencia es pues un fortuíto descubrimiento.

Aconsejo de inmediato una histerotomía abdominal que es enérgicamente rechazada por el marido y la familia.

Me retiro y soy nuevamente llamado unas 30 horas después.

Durante mi ausencia dos médicos no especializados han hecho lo siguiente: Dilatación con bugías de Hegar hasta obtener permeabilidad al dedo, tentativas reiteradas de reposición con pinzas, con el único resultado de traer a la vagina unos 15 a 20 centímetros de cordón; administración de extracto hipofisiario con intervalo de 3 a 4 horas; durante este período el feto muere.

Examen personal: Enferma con 37'8 y 120 de pulso, edema del cuello y rigidez del orificio interno (el externo presenta varios desgarros pequeños y contusos por la presa de la pinza de Museux). Feto muerto encajado en O. I. D. P., líquido amniótico fétido; vulva edematosa y contusionada.

Practico una cervicotomía anterior que una enérgica contracción uterina transforma en un desgarro, por suerte limitado, del segmento inferior. Basiotripsia; hemorragia, del alumbramiento y post - alumbramiento; alumbramiento artificial.

Puerperio febril por endometritis, primero, y luego por celutitis pélvica y flegmasia alba-dolens unilateral; la enferma puede empezar a caminar a los 54 días del parto.

Al citar este caso no he pretendido mostrar a ustedes una observación excepcional como "repoussoir" de la que motivara esta lección. En clientela civil y en los servicios clínicos, nada infrecuentes son estas evoluciones y aún peores.

No debe tampoco deducirse de lo dicho que la vía transperitoneal sea la única factible. No, ella responde a las condiciones establecidas en las dos observaciones que he detallado.

Algunas veces la reposición es el resultado espontáneo de la evolución fetal, en las maniobras de la versión por maniobras internas, para corregir una presentación transversal; otras veces la urgente necesidad de terminar la extracción de un feto en presentación de nalgas (y es bien sabido con cuánta facilidad se produce en estos casos una procidencia), hace que hasta la extracción de la cabeza se prescinda de la situación del cordón. Pero cuidado con este tiempo! Allí nos espera la compresión pelvicefálica del tallo funicular y es mi convicción que, sin contar las lesiones encefálicas que sombrean la estadística de la presentación de nalgas, esa compresión mata una proporción nada despreciable de fetos.

Se ha propuesto alguna vez y realizado — sobre todo en Alemania — la histerotomía vaginal; en principio es una vía que requiere gran experiencia y habilidad, que exige amplitud vaginal y cuyos resultados no han correspondido a las esperanzas de sus partidarios.

En resumen, si con feto vivo, parto adelantado y practicabilidad de maniobras la reposición funicular puede encontrar aplicaciones, con feto vivo e impermeabilidad relativa o absoluta del cuello, particularmente en las nulíparas o multíparas de partes blandas resistentes, la histerotomía transperitoneal segmentaria encuentra en las procidencias del cordón una ocasión de llenar el postulado siempre actual de la Obstetricia: madre viva y sana, hijo vivo y sano.

Muerto el feto el problema se desplaza; la procidencia no cuenta y sí mucho las demás características del parto; pero no olviden ustedes que la muerte del feto, las distocias consecutivas y los puerperios accidentados son el resultado frecuente de la aplicación estricta de lo que aún se llama en Obstetricia clásica: la reposición del cordón umbilical.

Tratamiento quirúrgico de la placenta previa

Cuando hace algunas semanas presenté a la Sociedad Ginecotocológica una observación de placenta previa tratada por histerectomía abdominal tuve la impresión que sería el punto de partida de una discusión que concretara nuestra opinión colectiva actual sobre el tema.

Era a la vez mi propósito provocar la exteriorización del sentir de mis colegas sobre la base de la documentación personal que cada uno aportase. Esta documentación era tanto más necesaria y oportuna que parecía flotar en el ambiente la impresión penosa de algunos casos recientes y que en el debate se formularon opiniones sin que hechos concretos convencieran a clásicos y extremistas.

Declaro que me he abocado al estudio de mi casuística con absoluto desprendimiento de todo preconcepto y que tal vez llegue a conclusiones distintas a las que, sin el estudio detallado de los éxitos y fracasos, hubiera creído sentar.

Como lo prometí a la Sociedad, hice practicar por la doctora Barros Daguerre, asistente del Servicio, una búsqueda del material clínico necesario.

Debo hacer presente que para que los casos vertidos al debate tuvieran valor demostrativo, sólo retuve aquellos en los que el síndrome hemorrágico tuvo suficiente importancia para motivar una determinada conducta terapéutica activa, susceptible de ser discutida. Quedan, pues, eliminados aquellos en los que los demás signos clínicos o la medición de las membranas indicaron la proximidad de la inserción placentaria baja.

Sobre poco más de 26.000 partos y abortos se han encontrado 74 casos de hemorragia, es decir una proporción de 2,8 o|oo.

La mortalidad materna total fué de 3, es decir, 4,1 o|o.

La mortalidad fetal fué de 48, es decir, 62,1 o|o en 75 fetos por haber sido gemelar uno de los partos.

Hasta ahora estas cifras no difieren fundamentalmente de otras publicadas.

El tema se resuelve si analizamos las cifras anteriores.

En 67 casos se puso en práctica la conducta clásica, parcial o totalmente (ruptura de membranas, dilatación manual cervical, globo de Champetier, extracción fetal rápida, etc.), y las tres muertes corresponden a esta serie. En 6 casos practiqué una histerotomía abdominal y en uno una histerectomía sin abertura uterina previa; en esta serie la mortalidad es nula.

En la segunda serie hay 3 fetos muertos en 7 casos de los que 2 son prematuros y uno muerto en el trabajo: 42,8 o|o.

A primera vista, pues, parecería demostrado que el tratamiento clásico resuelve la gran mayoría de los casos (67 en 74), y esta conclusión hay que suscribirla sin vacilar. Pero ahondemos la casuística.

Si estudiamos en detalle los 67 casos que motivaron la aplicación de las reglas clásicas, vemos que en su inmensa mayoría se trataba de hemorragias de mediana o escasa intensidad o de parto avanzado en multíparas pero, — y esto es lo importante — de variedades poco cercanas al orificio interno del cuello.

Para esta serie de casos la discusión no tiene cabida; otra es la pregunta angustiosa que el tocólogo debe hacerse.

En los tres casos terminados por la muerte, ¿otra conducta que la clásica hubiera mejorado el pronóstico?

Resumamos esas historias.

Obs. 9419|18043. — III para. — Ingresa el 26 de Octubre de 1922. Embarazo de 8 meses. Perdió sangre por primera vez el 12 de Setiembre y la pérdida cedió al reposo; pierde nuevamente en cantidad moderada el 7 y el 15 de Octubre. Desde su ingreso al servicio pierde casi todos los días en cantidad muy escasa. Se formula el diagnóstico de placenta previa y se instituye el tratamiento clásico (reposo, asepsia, presentación cefálica). El 6 de noviembre a la hora 11 y 30 tiene algunos dolores y pierde sangre roja. El doctor García San Martín coloca un globo de Champetier y administra suero gelatinado subcutáneo. El globo es expulsado a las 16 horas

con una dilatación de 5 cms., notándose placenta en toda el área del cuello. El doctor Colistro completa manualmente la dilatación y hace una versión "bajo una lluvia de sangre" (textual). Se constata un pequeño desgarro del cuello que se sutura. A pesar del enérgico tratamiento instituído la enferma fallece a las pocas horas sin haber reaccionado.

Obs. 13681|26273. — IV para. — Ingresa al Servicio el 17 de abril de 1925 embarazada de 8 meses. Hace 3 meses que pierde sangre en cantidad variable. Es una varicosa. Tiene una dilatación de 2 cms., y hay placenta en toda el área del cuello. El profesor Infantozzi que entonces me reemplazaba al frente del Servicio, hace la dilatación digital hasta 5 ctms. y para romper el saco amniótico tiene que desgarrar la placenta. Versión interna y extracción del feto. Hay un pequeño desgarro del cuello que se sutura. Taponamiento uterino. Postparto infeccioso. Al 8.° día empieza a perder sangre copiosamente en la mañana, y a pesar del taponamiento uterino reiterado y del suero gelatinado, muere en la tarde en el momento que se le iba a hacer una transfusión de sangre.

Obs. 22477|43408. — X para. — Ingresa el 5 de abril de 1929. Embarazo de 8 meses. Hace 15 días tuvo su primera hemorragia; hace 6 una segunda menos abundante; el 4 de abril otra con signos de anemia aguda. Continúa perdiendo y su estado al ingreso es inquietante. Se remonta bastante y el día 6 pasa sin novedad. El 7 de abril a las 16 horas pierde algunos coágulos; tiene en ese momento un chucho e inmediatamente después T. 38° y pulso 124 con buena tensión. Hay algunos dolores y cuello borrado y dilatado 3 cms.; placenta en toda el área.

Consultado por los doctores Martínez Olascoaga y Rodríguez Peinado, asistentes del Servicio, aconsejo vigilar la marcha del parto e intervenir por dilatación del cuello cuando llegue a 6 o 7 cms. Media hora después ha llegado a esta situación y un trozo de placenta está en cuello.

Entre tanto se ha hecho una transfusión sanguínea de 200 cc. El doctor Martínez Olascoaga completa la dilatación cervical y extrae por versión interna un feto vivo. Hay un pequeño desgarro que no sangra pero que se sutura. Tapo-

namiento uterino; órgano bien contraído; suero intravenoso, tonicardíacos. Pasa la noche sin novedad. Al día siguiente a la hora 7 el doctor Rodríguez Peinado, que esta de guardia, recibe aviso que la enferma se ha agravado bruscamente; acude de inmediato y la encuentra agonizante con gran dispnea. Muere rápidamente. No ha habido nueva hemorragia ni había coágulos detrás del tapón uterino.

Diagnóstico necrópsico: anemia aguda.

Para alejar toda duda sobre la gravedad de los casos tratados por vía alta sin mortalidad alguna he aquí un resúmen de ellos.

Obs. 13408|25747. — I para. — Embarazada de 8 y ½ meses. — Dice que hace 3 meses pierde sangre a intervalos irregulares.

Ingresa el 25 de febrero de 1925. — Hace 16 horas que pierde sangre en abundancia. — Se observa: cuello largo de nulípara, blando, permeable al dedo, presentación muy alta que la palpación indica ser una S. I. Como la enferma no sangra en ese momento se le hacen irrigaciones calientes y 40 cc. de suero gelatinizado. A las 18 y 30 pierde un pequeño coágulo, pero el pulso se mantiene tenso a 80. En la noche pierde sólo algunos pequeños coágulos.

26 de febrero. — Examino a la enferma a las 9 horas: vagina estrecha, infundibiliforme, cuello acortado, permeable pero en el que no se alcanza placenta. En cambio en toda la extensión del segmento inferior se percibe un acolchonado interpuesto entre el dedo y la presentación. Diagnóstico: placenta previa parcial muy cercana al O. I. y que ocupa casi todo el segmento inferior. Decido intervenir por vía alta.

Intervengo ayudado por la doctora Volonté siendo anestesiada por la Nurse Zárate. Cesárea clásica alta; al través de las membranas se vé que el feto ha perdido meconio. La exploración uterina muestra que la placenta ocupa todo el segmento inferior en un área concéntrica al cuello de 7 o 8 centímetros.

Retracción uterina normal; alumbramiento artificial. Sutura de Vanvert y Paucot, previa constatación de la permeabilidad cervical. Sutura parietal en dos planos. Duración

total 18'. El feto fué extraído antes de terminar el primer minuto de la intervención. Feto vivo y que se desarrolló perfectamente. Puerperio post-operatorio normal; alta el 9 de marzo de 1925.

Obs. 21446|41226. — XIII para. — Ingresa embarazada de 8 y ½ meses, el 13 de octubre de 1928. — Utero voluminoso, 38 centímetros; dice que hace un mes pierde un líquido sanguinolento y que en el día de hoy tuvo una hemorragia con algunos coágulos.

Obesa, hipertensa arterial T. mx. 17 y ½ T. mn. 10.

Orina con un gramo de albúmina sin elementos renales. La someto a un tratamiento médico de su hipertensión. Apesar de ello la albúmina sube a 1 gramo 10 centigramos y la tensión mx. a 19 y la mn. a 12. Se ordena teobromina y una sangría (octubre 24); se extraen 450 cc.; la T. mx. que era antes de ella 23 y la mn. 14 ½, desciende a 20 ½ manteniéndose la mínima lo mismo. ¡Al poco rato la mx. asciende a 22.

El 25 de octubre T. mx. 17 y mn. 10 ½; orina abundantemente; desde el 14 no pierde sangre.

La T. mx. oscila entre 17 ½ y 20 ½ y la mn. entre 10 y 11 y ½. Secreción renal abundante (1.500 a 2.000 cc.).

El 2 de noviembre pierde algún pequeño coágulo; el feto está vivo.

El 3 de noviembre examino a la enferma y constato: altura uterina 35 centímetros, órgano muy irritable, cuello conservado, segmento muy espeso a la derecha y adelante; al hacer el tacto sangra en muy pequeña cantidad; la sangre es negra y espesa.

Cabeza muy elevada.

El 7 de noviembre tiene algunos dolores y pierde un poco de sangre.

El 9 la pérdida se repite en pequeña cantidad; en las horas de la tarde hay contracciones francas y dolorosas.

Durante la noche la situación se mantuvo casi estacionaria, tanto en lo que se refiere al trabajo de parto como a la hemorragia.

El 10 de noviembre a las 8 y 30 practico un examen que me da: hemorragia discreta compuesta: A. de sangre líquida

roja y B. de coágulos oscuros y siruposos. Cuello incompletamente borrado dilatado 2 centímetros; en el área del O.I. hace prominencia un cotiledón placentario del tamaño de una falange; llama la atención que la movilización no aumenta la hemorragia.

Feto vivo, de vértice, entre la 1.a y 2.a paralela de Hodge. Utero muy poco irritable; contracciones lentas y poco eficaces, ligera excitación psíquica.

La situación de esta enferma me mantuvo mucho en espectativa armada. En efecto la hipertensión arterial irreductible por el tratamiento médico severo y la persistencia de la hemorragia y sus caracteres (rojo oscuro y siruposo) obligaban a pensar en la existencia de un pequeño hematoma retroplacentario en una placenta baja. En ningún momento durante el embarazo se señaló un signo que obligara a intervenir, pues la enferma toleraba bastante bien su hipertensión.

Pero iniciado el parto la lentitud e irregularidad de su marcha y la certeza del diagnóstico clínico me impusieron intervenir. Así lo hice en la mañana del 10 de noviembre, ayudado por el doctor Cortabarría, asistente del Servicio siendo anestesista la Nurse Zárate. Practiqué una cesárea clásica alta, de la cara anterior, con la técnica habitual de los casos infectados o sospechosos. El feto nació vivo (3.800 gramos) y se desarrolló bien. El útero empezó a retraerse durante la extracción fetal y expulsó parte de la placenta; extraje el resto manualmente. La placenta ocupaba el fondo, parte de la cara posterior y borde derecho y casi todo el segmento inferior. Resección parcial de las trompas. Sutura parietal en 4 planos. Duración total 24 minutos.

Puerperio febril desde el 3.° al 6.° día; alta curada el 24 de noviembre.

Obs. 19769|37981. — El 17 de enero de 1928 ingresa la señora L. C. de C., italiana, de 39 años. — X para — No anota ningún antecedente patológico. Ha tenido 6 partos normales y 3 abortos de corto tiempo. Es de corta estatura, 1m.54 y obesa, 96 kilos 600 gramos. Su última menstruación fué el 16 de abril de 1927; está por consiguiente en la vecindad del término de su embarazo Tiene 1 m. 15 de circunferen-

cia abdominal y 0m.40 de altura uterina. El feto vivo tiene 130 latidos y se presenta transversalmente; hay bastante hipertonía uterina.

A las 12 horas del 17 mostró algunos limos y a las 22 horas perdió líquido amniótico de aspecto normal y en gran cantidad. Es en razón de este hecho que ingresa a mi servicio en el que a su entrada se constata la situación obstétrica mencionada.

Los días 18 y 19 siguió perdiendo líquido amniótico en abundancia. El examen médico general no arroja ningún dato de anormalidad.

La orina contiene 0 g. 25 de albúmina relacionada con la presencia de numerosos piocitos: no hay cilindros ni alteraciones de orden químico.

El 20 de enero a la hora 15 comienzan las contracciones uterinas dolorosas. El examen vaginal indica: cuello acortado con O. E. permeable, pero cerrado el O. I.; peloteo vaginal de una presentación muy elevada, de difícil identificación. El examen radiográfico indica: presentación cefálica muy elevada y desviada hacia la fosa ilíaca izquierda; columna vertebral muy flexionada.

La situación se mantiene estacionaria el día 21, apirexia, pocas contracciones, feto vivo.

El día 21 en la tarde pierde una pequeña cantidad de sangre; la temperatura asciende a 37°; los latidos fetales son normales así como el líquido amniótico.

El día 22 a las 8 horas el líquido amniótico aparece teñido de meconio. Al tacto se observa: cuello conservado, con los mismos caracteres del día 20; latidos fetales normales. A la hora 13 continúa la hemorragia en pequeña cantidad; como a la hora 22 la pérdida fuera algo más abundante la doctora Tiribochi hace practicar una inyección de suero gelatinado y constata una dilatación cervical de un centímetro. El feto continúa normal.

El 23 a las 10 horas 40 examino a la enferma. Encuentro: vagina con coágulos negruzcos y sangre líquida; cuello de 2 centímetros de largo, apenas permeable al índice. Segmento inferior poco ampliado y más espeso que lo habitual;

hipertonía moderada que dificulta el diagnóstico. La temperatura asciende en la tarde a 37°3.

A las 19 horas 30 la situación es la siguiente: cuello permeable al índice, cavidad cervical desviada a la derecha, larga de 2 a 3 centímetros, la vagina está llena de coágulos y la simple movilización del cuello provoca abundante salida de sangre líquida. Esta circunstancia inhibe de cerciorarme de la permeabilidad del O. I. Presentación muy elevada y latidos fetales dudosos. Pulso materno alrededor de 100. Durante todo el día el feto continuó perdiendo meconio

Se trata, pues, de un caso de placenta inserta en el segmento inferior con toda probabilidad; a ello induce a creer, en ausencia del tacto directo de cotiledones, la marcha clínica.

Multípara a término, ruptura prematura de las membranas, presentación muy elevada, acolchonamiento del segmento inferior, hemorragia continua de intensidad creciente.

El útero está vacío de líquido y retraído sobre el feto; la asepsia ovular es muy dudosa.

La persistencia de la hemorragia ordena terminar en el más breve plazo. ¿Cuál será nuestra conducta?

Clásicamente debiéramos aplicar un globo de Champetier.

¿Por qué no lo hacemos?

Se trata de una multipara cuyo cuello presenta estigmas de vieja cervicitis (quistes glandulares), largo, desviado, y de escasa permeabilidad; para obtener una dilatación rápida debemos 1.° abrirnos pronto paso con bujías de Hegar, hasta obtener vía libre (3 centímeiros) para el globo grande Champetier y luego practicar la maniobra de Wallich.

La poca permeabilidad y la desviación de la cavidad cervical representan un riesgo de efracción y la certeza de una hemorragia que será considerable, visto lo que sucede con la simple movilización del cuello.

La extracción fetal deberá hacerse por versión en un útero vacío, hipertónico y retobado sobre el feto, cuyo segmento inferior es de dudosa solidez (multiparidad, placenta baja, antigua endometritis).

En resumen la vía vaginal en su clásica y admitida benignidad será una intervención seria y de resultados aleatorios para la madre.

En cuanto al feto, cuya vitalidad es dudosa pero que no podemos sacrificar deliberadamente, perecerá seguramente durante las maniobras de extracción.

Frente a la vía vaginal ¿qué nos ofrece la vía abdominal?

Primero para la madre, un riesgo grande: la contaminación peritoneal por el contenido virtualmente séptico del huevo.

Frente a este riesgo las ventajas de una extracción rápida y de un traumatismo limitado y para el feto mayores probabilidades de supervivencia.

Inclinado. a la vía abdominal ¿qué tipo de intervención emplearemos?

La histerectomía subtotal sin abertura previa del huevo 1.° por tratarse de una gran multípara cuya capacidad procreadora ha sido ampliamente utilizada; 2.° porque en caso de feto vivo no disminuye sus probabilidades de supervivencia; 3.° porque limita al mínimo las probabilidades de contacto del contenido ovular con el peritoneo; 4.° porque permite colocar un amplio saco de Mickulicz protector y hemostático.

Hasta este momento he transcripto íntegramente las reflexiones escritas antes de la intervención.

He aqué cual fué ello.

Intervención: Operador, profesor Turenne. Ayudante doctora Tiribochi y doctor Rodríguez Peinado, Jefe de Clínica. Anestesista Nurse Ruíbal II. Morfina-kelene-eter. Posición horizontal; incisión supra e infra umbilical para-mediana izquierda.

Exteriorización del útero, clausura temporaria de la pared con pinzas y protección peritoneal periuterina con gasa.

La histerectomía es dificultada por viejas adherencias útero-anexiales a la derecha y útero-epiploico-ligamentarias (lig. ancho) del lado izquierdo.

Histerectomía subtotal muy baja; una rama de las arterias cérvico-uterinas sangra muy abundantemente obligando a una hemostasis previa con pinzas que luego hago definitiva con ligaduras.

Apenas extraído el útero, el doctor Rodríguez Peinado

practica la auscultación fetal transparietal y en vista de ser negativa no abre el útero para conservar intacta la pieza.

Peritonización completa y colocación de un gran saco de Mickuliez consecutivo al lavado con eter del campo operatorio.

Clausura parcial de la pared con crines y broches Michel. Suero glucosado rectal.

Duración total: 42 minutos.

Durante los dos primeros días del puerperio la enferma presentó, a pesar de una transfusión sanguínea preoperatoria de 250 cc. un estado grave. A contar del día 26 de enero la mejoría fué rápida; el saco de Mickulicz fué retirado en dos veces en los días 28 y 30 de enero.

El 5 de febrero hizo una pasajera reacción frénica en relación con una infiltración subyacente a la logia del Mickulicz, dándose de alta el 14 de febrero de 1929.

Obs. 22420|43310. — I para. — Embarazada de 5 meses. Ingresa el 29 de marzo de 1929. — El 13 de marzo empezó a perder sangre en pequeña cantidad y actualmente pierde muy poco.

Los días 3, 4 y 5 de abril pierde algunos pequeños coágulos. El 6 la examino y constato: cuello de 2 ctms. reblandecido, segmento inferior medianamente ampliado, más espeso a la derecha y adelante que a la izquierda, peloteo cefálico vaginal.

El 9 de abril, como continúa perdiendo en escasa cantidad, le practico una transfusión sanguínea de 100 cc. Se la prepara para intervenir para el caso que la hemorragia aumente o persista. Como esto último sucede, intervengo a las 20 horas, ayudado por el doctor Martínez Olascoaga, asistente del Servicio, dando anestesia la Nurse Reyes.

A pesar del escaso tamaño del útero, la esteriorización es difícil por estar fijo el segmento inferior en la pelvis, por la presentación muy baja. Cesárea clásica alta y extracción de un feto de más edad de la presunta (6 meses) que muere poco tiempo después.

La placenta inserta en la cara anterior y cuyo borde inferior hube de seccionar al abrir el huevo se extendía al

borde lateral izquierdo del útero y recubría todo el segmento inferior hasta la derecha; la caduca era muy espesa.

Alumbramiento por expresión y tracción. Sutura uterina Vanvert y Paucot. Sutura parietal en 4 planos.

Transfusión de sangre inmediata.

La enferma hizo un puerperio normal, con leve reacción frénica y un amago de flebitis del miembro inferior que cedió a la hirudinoterapia.

El día 17 de abril pude constatar que existía una pequeña tromboflebitis del ligamento ancho izquierdo con alguna infiltración peri-venosa.

Permaneció en el Servicio porque, posteriormente apareció una algia sin localización orgánica en la parte lateral del hemotorax izquierdo.

Dada de alta en condiciones excelentes.

Obs. 22508|43489. — I para. — Veo a esta enferma en su domicilio. Embarazada de 7 meses escasos. En sus antecedentes señala menorragias. Al 5.° mes de embarazo tiene una primera pérdida sanguínea, roja, líquida, sin dolores; pierde sangre el 25 de marzo, el 4 y el 9 de abril. Soy llamado el 10 por la tarde, pues desde la víspera no cesa la hemorragia y ese día ha aumentado; por lo que se me muestra, calculo que en las últimas horas ha perdido de 400 a 500 gramos.

Aconsejo ingrese a mi Servicio para ser intervenida.

Examen: genitales de nulípara, cuello ligeramente acortado, impermeable al dedo; segmento inferior acolchado en toda su extensión. Diagnóstico: placenta previa probablemente total. Decido intervenir. Ayudado por la doctora Barros Daguerre y actuando en la anestesia la Nurse Zárate; en atención a que ha sido sometida a reiterados tactos de dudosa asepsia, practico una cesárea segmentaria siguiendo la técnica habitual para los casos dudosos. La incisión cae de lleno en la placenta que está inserta allí y recubre todo el segmento inferior, ocultando todo el O. I. del cuello.

Extracción fácil de un feto de 1.700 grs. que muere a las pocas horas. Hay hemorragia copiosa por inercia uterina.

A la adrenalina intraparietal cede la inercia del seg-

mento superior pero no la del inferior, que se reduce sólo después de haber taponado la cavidad y envuelto el órgano en compresas muy calientes. Alumbramiento por expresión.

Sutura uterina corriente. Sutura parietal en cuatro planos. Duración 36 m.

El día 12 el examen de sangre daba todavía: G. r. 2.500.000, G. b. 12.250. Hemoglobina 60 %.

Puerperio post operatorio normal. Alta, curada el 20 de abril.

Obs. 22570|43615. — II para. — Embarazo de 8 meses y medio. Ingresa el 21 de abril de 1929. El 19 tuvo una pequeña pérdida. Como el 21 se repitiera llamó al Servicio de Urgencia que le aconseja se hospitalice

En la noche del 21 al 22 ha perdido muy poca sangre. La examino el 22 a las 8 horas: segmento inferior poco formado con tendencia a desviar el cuello hacia atrás; a la izquierda hay mayor espesamiento interpuesto entre el dedo y la presentación, que es un vértice y esta muy elevada.

El 23 ratifico los datos anteriores. El 25 y 26 de abril no hay hemorragia, pero se inicia un estado catarral naso-laringeo que se trata con aceite alcanforado guayacolado subcutáneo. El 27 ha perdido sangre en la noche. El examen de sangre da: G. r. 4.500.000, G. b. 7.600. Hemoglobina 80 %.

La repetición de la hemorragia con cuello cerrado y feto mayor de lo normal por la edad del embarazo (33 ctms.) me lleva a intervenir sobre la base de un diagnóstico cierto de placenta muy baja.

Intervención: ayudado por la doctora Barros Daguerre, asistente del Servicio y del alumno Pisano. Anestesia: Nurse Schimper. Cesárea clásica alta. La incisión alcanza el borde superior de la placenta que ocupa el borde izquierdo, la cara anterior y avanza hasta menos de un centímetro del O. I.

Extracción fácil de un feto de 3.700 gramos vivo y que se desarrolla bien. Sutura uterina Vanvert y Paucot. Sutura parietal en 3 planos. Puerperio normal del punto de vista genital, perturbado por la agravación de la infección del aparato respiratorio que alcanzó a dar una extensa congestión pulmonar bilateral, terminada por curación. Alta, curada, el 5 de mayo de 1929.

Obs. 22571|43631 — II para. — Embarazo de 7 meses. Normal, hasta el 23 de abril de 1929, a las 4 horas que se despierta bañada en sangre, hemorragia que continúa en el momento de su ingreso (9 horas) la examino y encuentro: vulva desgarrada, cuello de 3 cmts. de largo, apenas permeable al índice; en su cavidad se percibe un cotiledón placentario del tamaño de una gruesa cereza y que sangra al menor contacto. Utero en reposo, de tensión normal. Estado general bueno. G. r. 4.000.000, G. b. 11.600. Hemoglobina 85 %.

Feto vivo en presentación muy elevada. Hemorragia moderada pero persistente.

Intervengo ayudado por el doctor Rago, asistente de la clínica. Anestesista Nurse Schimper. En atención a que la enferma ha sido tactada en su domicilio y que la partera cree que el huevo está abierto, practico una cesárea segmentaria con la técnica habitual de los casos dudosos. El huevo está intacto. Extraigo fácilmente un feto vivo de 1.550 gramos. Sutura uterina y parietal habituales. Alta, curada, el 5 de mayo de 1929.

No dudo que de la casuística referida surgirá la certidumbre que ninguno de los casos terminados quirúrgicamente sea menos grave que los terminados por la muerte y en los que se siguió la conducta clásica.

Si se analiza la marcha clínica de los casos tratados, clasificados y terminados con el alta por curación, se echa de ver como lo dije al principio:

1.° Que en los casos en que la enferma fué sometida a las reglas establecidas y en los que las dificultades para la terminación rápida obligaron a la rotura de membranas o a la colocación de globo de Champetier, se trató siempre de las variedades laterales más o menos alejadas del orificio cervical interno.

Para estas variedades en las que la hemorragia alarmante o grave es una verdadera excepción durante el parto (otra cosa es durante el alumbramiento y el puerperio, particularmente si éste es infeccioso) los medios puramente obstétricos proporcionan grandes éxitos.

2.° La proporción de puerperios infecciosos en las enfer-

mas tratadas por los medios obstétricos es muy crecida, siendo la excepción los puerperios asépticos y tranquilos.

Aún en aquellos pocos que tal marcha siguieron, no es raro ver en los meses siguientes, menorragias y hasta metrorragias por involución defectuosa de la zona de inserción placentaria. Esta evolución patológica del puerperio no tiene nada que nos deba extrañar.

Con frecuencia se trata de multíparas en las que una vieja cervicitis crea un riesgo de infección por contigüidad con el polo inferior del huevo; no es raro tampoco que se hayan producido pequeñas hemorragias, a las veces repetidas, que dan lugar a la retención entre las membranas y el segmento inferior de coágulos laminiformes cuya asepsia es problemática.

No menos frecuente es que estas enfermas hayan sido tactadas y hasta infructuosamente intervenidas antes de su ingreso al Servicio.

Trabajos recientes de la escuela norteamericana demuestran la facilidad con que el contenido ovular se contamina con bacterias apenas el trabajo se prolonga algunas horas, aún con el huevo intacto.

Explícase así que la regla sea, casi sin excepción, el puerperio infeccioso, cualquiera sea la conciencia y la habilidad del médico que en definitiva intervenga.

Por lo demás bien sabemos todos que las maniobras finales: dilatación manual del cuello, versión, alumbramiento artificial, por las repetidas introducciones de la mano en las vías genitales bajas y en el útero malogran las mayores precauciones para mantener el guante absolutamente aséptico.

Si todo esto sucede en casos en los que la magnitud de la hemorragia permite cierta contemporización, que no ha de suceder cuando la situación angustiosa de la enferma obliga a intervenir con rapidez!

En las 3 mujeres muertas de mi estadística anoto 3 desgarros cervicales.

Para todos los que tenemos el hábito de estas maniobras el hecho no tiene nada de sorprendente.

Cuellos con antigua cervicitis o con lesiones cicatriciales

de partos anteriores qué de extraño tiene que estallen cuando alguna parte voluminosa del feto pasa al través de una dilatación que creímos completa y que tal vez lo fué, pero que se retrajo durante la extracción fetal.

Cualquiera sea la explicación del hecho, él está aquí incontrovertible y todos sabemos cuánto sangra un cuello recién roto y la rotura es vecina a un segmento inferior vascularizado como lo es cuando la placenta se inserta en él.

Y en enfermas en las que las gotas de sangre cuentan ¿podemos negar que la escasa hemorragia final no colme las defensas de la enferma?

Este es uno de los aspectos más oscuros del problema.

Carecemos de datos clínicos absolutos para determinar el valor de las hemorragias, por lo menos para determinarlo con la rapidez y la oportunidad que sería de desear.

Los signos generales son insidiosos, como que más de una vez señalan más la reacción psiquica de la enferma que su anemia verdadera.

Debemos en particular desconfiar de las bradicardias relativas (80 - 90), en las mujeres que han perdido mucha sangre; más de una he visto morirse con ese pulso paradojal que a las veces precede de minutos a la terminación fatal.

Más valor le doy al estudio de la tensión sanguínea que refleja con bastante exactitud la magnitud de la hemorragia.

Otro de los serios inconvenientes de la intervención por vía baja reside en la imposibilidad de calcular el tiempo de su duración y la importancia de la hemorragia *inevitable que la va a acompañar.*

El factor tiempo tiene más importancia de la que en general se le asigna. Cuando es prolongado y se opera bajo anestesia, los riesgos de esta se acumulan (Schock, acidosis, insuficiencia hepática), si no se anestesia el traumatismo psicofísico es de consecuencias aún más graves, en enfermas que necesitan de todos sus recursos de defensa para salir del trance. Es evidente que con experiencia práctica y rapidez de decisión alguna vez se puede hacer obra de prestidigitación. En grandes multíparas he podido completar la dilatación del cuello y practicar una extracción de nalgas o una versión in-

terna en 5, 3 y hasta 2 minutos; pero cuántas veces ha sido en medio de lo que el doctor Colistro en una de sus observaciones llama gráficamente "una lluvia de sangre"!

Hay, pues, para las variedades marginales, parciales y sobre todo centrales, sin querer bizantinizar sobre el alcance matemático de esta denominación, un conjunto de riesgos inevitables en la aplicación de los métodos clásicos.

La vía alta, ¿subsana estos inconvenientes?

Si he de juzgar por los resultados que he obtenido y que se han impuesto a mi conciencia haciendo evolucionar lenta pero certeramente mi criterio, la superioridad de esta vía sobre la vaginal es evidente para los especialistas y, aunque parezca una paradoja decirlo, con más razón para los médicos prácticos cuando estos tienen a su disposición ambiente, material y ayudantes.

Algún día documentaré ante ustedes lo que llamo "el fracaso de la leyenda de la innocuidad de la vía vaginal" y lo documentaré con hechos personales; cuánto más evidente sería ese fracaso si pudiera disponer de la casuística general de los médicos no especializados!

Las ventajas de la vía alta son las siguientes:

1.° Técnica bien reglamentada.

2.° Intervención más rápida en su ejecución.

3.° Intervención más segura con campo operatorio a la vista.

4.° Operación, por las razones 1.ª y 3.ª, menos traumatizante para la madre y para el feto, cuya vitalidad, comprometida por las hemorragias anteriores y por la frecuente premadurez, no resiste a las maniobras de extracción vaginal.

5.° Mayores garantías de un alumbramiento completo con la inserción placentaria a la vista.

6.° Posibilidad de combatir directamente la inercia del segmento inferior y, en caso de ser incoercible, ligadura arterial o histerectomía en mujeres que tratadas por vía vaginal se mueren *irremisiblemente* de anemia aguda, a las veces en la mesa operatoria.

7.° Supresión sistemática de los desgarros cérvico-segmentarios que figuran en la casuística obituaria con una frecuencia impresionante.

¿Y el reverso de la medalla? Uno y muy grave, la infección peritoneal: pero si este riesgo es evidente no es inevitable en la gran mayoría de los casos.

¿Cómo evitarlo? De dos maneras: interviniendo precozmente, defendiendo con una técnica precisa la contaminación peritoneal operatoria que es la única que cuenta, si en los casos dudosos o francamente infectados, elegimos para los primeros la cesárea baja y para los segundos la histerectomía sin histerotomía previa.

Intervenir precozmente.

He aquí la decisión que más resistencia encontrará y sin embargo hay que llegar a ella.

¿Cuándo? Cuando se tenga un diagnóstico cierto por tacto directo de un cotiledón, o lo que es más interesante por constatación de esas modificaciones de consistencia y espesor del segmento inferior que no he visto faltar nunca en las inserciones parciales o centrales.

Hay una educación del tacto que debe adquirirse por una práctica constante, pero que una vez adquirida permite, especialmente en las presentaciones duras (cefálicas, nalgas incompletas), un diagnóstico de presunción que la operación corrobora, cuando no es la marcha clínica que en un doloroso final hace arrepentirse de no haber dado al signo el valor que tenía.

También habrá que intervenir precozmente en la vecindad del término cuando reiteradas pequeñas pérdidas, a las veces repetidas semanas o meses, son la vanguardia de la hemorragia que castigará la imprevisión o la desidia del clínico.

Si en medicina no hay hemorragias despreciables, menos las hay en Obstetricia y tratándose de placenta previa hay que adelantarse a las copiosas e incoercibles.

Lenta pero seguramente he ido evolucionando en este sentido y las observaciones que presento esparcidas irregularmente entre millares de observaciones de toda índole obligan a inclinarse ante sus resultados.

El riesgo de infección peritoneal ya ha sido ampliamente tratado entre nosotros.

Nadie duda que es en la adopción de severas precaucio-

nes de asepsia, de impecables maniobras y de una auto-vigilancia inflexible, en la exteriorización uterina y en el tipo de intervención que estriban las razones de éxitos frecuentes que dan, dentro de la relatividad de los medios humanos, la certeza de una terminación feliz.

Como medida complementaria de gran valor en los casos sépticos aplico el saco de Mickulicz que mantengo de 6 a 10 días. Confieso que para los casos puros mantengo aún mi preferencia por la cesárea alta clásica. Operación rapidísima que permite obtener el feto en 1 a 4 minutos como máximum, tiene además la ventaja de que por excepción se cae sobre la placenta con el bisturí. Economizar la sangre materna y fetal forman parte del programa y la incisión alta en región poco vascularizada lo realiza cumplidamente.

Doy una importancia de primer orden a la transfusión sanguínea pre-operatoria, aún en los casos en los que la hemorragia no ha sido copiosa pero sí repetida; no tenemos que olvidar que la repetición no solamente es función de la proximidad de la placenta sino también de las bacterias hemolíticas que han invadido la zona despegada y que luego dan origen a esas terribles metrorragias sépticas vistas desde hace muchos años por todos nosotros, y a los que el profesor Couvelaire acaba de dar actualidad, proponiendo la histerectomía como medio heroico para yugular la muerte de las enfermas.

Igualmente, a ser posible, debe tenerse presente que a la acidosis inminente de tanta grávida se agrega aquí la que acompaña a los partos prolongados.

La investigación de la glicemia y de la reserva alcalina permitirán instituir precozmente un tratamiento anti-tóxico oportuno. ¿Quién ignora que en la descripción clásica de la peritonitis post-operatoria séptica sobreaguda de Jayle se leen hoy los signos capitales de la acidosis y de la alcalosis?

Concibo el tratamiento de la placenta previa de la siguiente manera:

1.° En principio toda grávida en la que se haga el diagnóstico de inserción baja de la placenta debe ser atendida en un Servicio Clínico (Hospital o Sanatorio) en el que de inmediato se pueda aplicar el tratamiento más conveniente al síndrome clínico que presente.

2.° A. Reservar el tramiento obstétrico a las variedades de placenta previa alejadas del orificio interno del cuello y en particular a aquellos casos en los que la evolución adelantada del trabajo de parto hacen posible una terminación rápida, sin traumatismo cervical ni placentario.

B. Decidir la intervención quirúrgica por vía alta a). En todos los casos en los que la placenta es accesible en el área del cuello poco o nada dilatado aún sin hemorragias abundantes actuales.

b. En los casos de cuello ampliamente dilatado y placenta accesible, con gran hemorragia actual o reciente o hemorragia persistente, aún en pequeña cantidad.

c. En los casos de pequeñas hemorragias persistentes o repetidas en los que la exploración clínica demuestra un espesamiento del segmento inferior y con más razón si esto explica la mala acomodación de la presentación.

d. En caso de decidirse por la intervención quirúrgica, abstenerse de toda intervención vaginal, y aún de simples tentativas, como la ruptura amplia de las membranas y aún el tacto.

e. En los casos puros conservar la cesárea alta clásica; en todos los demás, practicar la cesarea segmentaria con esteriorización y severa protección peritoneal; si el caso es seriamente infectado y en particular en las multíparas, hacer la histerectomía abdominal subtotal, sin abertura previa del huevo para la estracción del feto. Salvo justificadas excepciones, en los casos sospechosos y con más razón en los infectados terminados por operaciones conservadoras, aplicar un saco de Mickulicz.

f. Salvo el caso de extraordinaria urgencia rodearse de todas las garantías preoperatorias modernas (examen completo de sangre y de la orina, dosificación de la urea, de la reserva alcalina y de la glicemia, toma de la tensión arterial, transfusión de sangre, administración de sueros apropiados al quimismo sanguíneo, etc.). Si esto no fuera posible antes de intervenir quirúrgicamente, practicar todas estas investigaciones e intervenciones complementarias en el más breve plazo, después de terminado el acto operatorio.

Histerectomía abdominal por mola hidatiforme

La excepcional indicación de una operación mutilante en la evolución clínica de una mola hidatiforme, me induce a presentarles una observación instructiva.

La enferma es una antigua conocida; es uno de los casos de encefalitis letárgica y embarazo, que tuve ocasión de presentar a la consideración de la Sociedad de Ginecotología hace algunos años.

La señora de L. de 38 años, ha tenido 10 embarazos; dos interrumpidos precozmente y ocho terminados por partos a su término, uno de los cuales coincidió con una encefalitis letárgica curada después de largos meses de evolución.

Tiene su última menstruación el 22 de enero de 1924; la veo por primera vez en el consultorio el 7 de mayo, por sentirse algo molestada. Constato un útero de tamaño algo mayor que el que correspondería a la edad presunta del embarazo.

El 17 y 18 de mayo pierde sangre roja en pequeña cantidad; el 20 vuelve a repetirse la hemorragia en las mismas proporciones. El 23 la pérdida se hace bastante abundante, el útero le ha crecido desde mi examen del 7 y simula un embarazo de 6 meses. No encuentro contracciones parciales ni constato signo alguno de existencia fetal. La hemorragia, que ha cesado algunas horas, ha reaparecido en la noche del 24 en cantidad considerable. Afirmo mi diagnóstico de mola hidatiforme y propongo la evacuación uterina. El 25 de mayo el útero se ha elevado dos centímetros sobre el nivel de la víspera y en la tarde, la enferma es trasladada a un Sanatorio.

El 26 de mayo continúa la hemorragia; el pulso es regularmente tenso, pero la enferma ha palidecido mucho en las últimas 24 horas. En la mañana, constato un cuello largo y cerrado, que dilato hasta el 12 Hegar y coloco una laminaria.

Durante estas maniobras pierde unos 150 a 200 cc. de sangre. Se instituye la medicación tónica del caso. Durante todo el día no percibo contracción uterina alguna. El 27 de mayo el examen denota que la laminaria apenas ha dilatado el cuello, que permanece duro y largo. Opto por colocar en el segmento inferior y orificio interno, una mecha yodoformada, cuya acción subrayaré con extracto hipofisiario; pero en el momento de colocar la mecha se produce la hemorragia con tal violencia que me obliga a cambiar mi programa de acción.

La más formidable de las hemorragias por inercia uterina del alumbramiento, no es mayor de la que observo; un chorro rutilante de un centímetro de diámetro irrumpe el cuello y amenaza sangrar a muerte a mi enferma. Conceptúo que ninguno de los medios clásicos me adueñará de la hemorragia y decido practicar la histerectomía inmediata.

La gran multiparidad de la enferma no obsta para que tenga una vagina muy larga; es a la vez una gran obesa. El volumen del útero (3 centímetros por encima del ombligo), unido a las condiciones que señalo, me hacen presumir por vía baja una intervención tal vez más larga de lo que podrá soportar la enferma. Aunque más traumatizante opto por la vía alta.

Ayudado por el practicante Romeu, por una incisión paramediana infraumbilical, exteriorizo el útero. Organo blando muy congestionado, con vasos extraordinariamente dilatados, de los que nos da una idea la pieza anatómica; los anexos, no muy voluminosos, son poliquísticos.

Practico en pocos minutos una histerectomía subtotal, tipo Kelly y peritonizo el muñón. En duda sobre la asepsia de la sangre que por la sección del cuello se ha vertido en el peritonio, coloco en el ángulo inferior de la incisión un drenaje cigarrillo, que se extrajo al segundo día. Durante el día, suero submarino clorurado adrenalinado y suero glucosado a la Murphy.

La enferma reaccionó rápidamente y la convalecencia sólo fué perturbada por la infección de algunos pinchazos de aceite alcanforado.

De la magnitud de la anemia, dará una idea el examen

de sangre que el 30 de mayo, en plena reacción de reparación sanguínea, da: G. R. 2.800,000. Hemoglobina 35 o|o. Valor globular 0.62. G. B. 12.000.

En junio 23 había: G. R. 2.800.000. G. B. 13.000. Hemoglobina 55 %. En julio 30: G. R. 4450.000. Hemoglobina 73 %. G. B. 6.300 Valor globular 0.86.

El examen de la pieza anatómica demuestra que el útero (retraído por la inmersión en formol) está completamente lleno por la masa molar, entre cuyos elementos se insinúan abundantes coágulos. Hacia la derecha, el huevo molar está separado de la pared por un coágulo que llena un tercio de la cavidad y que se prolonga hacia abajo hasta el límite de la sección quirúrgica.

La mola es suficientemente conocida para que no me extienda en su tratamiento. Sabida es la perentoria indicación de la evacuación uterina apenas se sospecha o se confirma su existencia.

Pero si frecuente es la mola y racionalmente combatida por la extracción, nuestro caso demuestra que, de cuando en cuando, puede forzarnos la mano e inclinarnos hacia operaciones más radicales.

La tan curiosa coincidencia de la degeneración poliquística luteínica de los ovarios, tampoco por sí sola justifica la histerectomía. Los muy interesantes trabajos de la escuela ginecológica italiana, incitan a observar la marcha de la lesión ovárica antes de intervenir radicalmente. Numerosos casos de reducción espontánea y rápida, posteriores a la expulsión de la mola, quitan una parte de la gravedad que se le atribuyó por los primeros autores que describieron la asociación mola - quistes luteínicos.

Que la indicación de la histerectomía es poco frecuente, lo establece la rareza de las publicaciones. En 30 años de práctica ginecotocológica, es la primera vez que la practico. He recorrido años enteros de actas de Sociedades sin encontrar la menor mención, apesar de que casos de mola se presentan a menudo.

Findley, estudiando 500 casos de mola, señala 20 histerectomías, 2 cesáreas, 3 histerectomías vaginales. Si la proporción

parece aquí más alta (5 o|o) de lo que creemos, se debe a que sólo se publican los casos de mola de cierta importancia clínica.

Podemos, pues, afirmar, en primer término, que en la evolución de la mola solo por excepción recurriremos a la histerectomía. ¿Qué vía seguiremos? Apesar del éxito obtenido opino que en todos los casos de úteros que no rebasen la mitad de la distancia puboumbilical, será preferible la vía baja. Con órganos genitales amplios y enfermas delgadas, tal vez podría llevarse el límite hasta el que señalaban hace 25 años los maestros de la vía vaginal: Pean, Segond, Quenu: la cicatriz umbilical.

Evidentemente, la vía vaginal es menos traumatizante e infectante; no debemos olvidar que los coágulos que llenan cuello y cuerpo uterinos, distan de ser asépticos.

La indicación capital de la histerectomía, es sin duda alguna, la hemorragia incoercible. Cabe, sin embargo, pensar en ella — como lo aconseja Vineberg — cuando el excesivo adelgazamiento de las paredes uterinas hacen del curetaje una operación aleatoria o peligrosa; con más razón iremos a ella si desventuradamente hemos perforado el órgano cuando aún quedan fragmentos de mola que sólo extraeríamos a fuerza de mayores destrozos.

La histerectomía estará también muy indicada si la longitud y la clausura del cuello, así como su resistencia a la dilatación nos hacen prever serias dificultades para una evacuación completa.

Nuestros escrúpulos sobre el alcance de las operaciones mutilantes se acallarán teniendo en cuenta que las portadoras de mola son muy a menudo multíparas que ya han llenado su misión social.

¿Extirparemos en todos los casos los anexos? Es una cuestión aún no resuelta definitivamente.

La desaparición expontánea de la degeneración poliquística de los ovarios, impone un momento de reflexión.

Si los ovarios están o parecen normales o poco alterados, si la enferma es joven, la extirpación sería excesiva.

En el caso contrario, particularmente si las masas ane-

xiales son voluminosas, si a los quistes se agregan formaciones papilares externas o con más razón si hay ascitis, como tuve ocasión de ver una vez, la exéresis estará indicada, pues todo hace presumir una tendencia a la malignidad.

Igualmente debemos ir a la histerectomía en las enfermas cuya expulsión molar no hemos vigilado personalmente y cuyo útero permanece grueso y sangrante: están clínicamente en los umbrales del corioepitelioma.

En nuestra enferma respetamos las indicaciones que proponemos: gran multiparidad, mola evidente, cuello largo y cerrado, hemorragia incoercible, anemia aguda intensa.

Esterilización genital e interrupción del embarazo en las mujeres tuberculosas

Un caso recientemente observado en mi Servicio clínico me da la ocasión de estudiar un tema, de proyecciones sociales tanto como obstétricas.

Agustina H. de L., uruguaya, casada, de 31 años, ingresa a mi Servicio el 7 de agosto de 1926 (Obs. 16525|31591). No tiene más antecedentes patológicos que ataques de asma en la adolescencia. Ha tenido dos partos y un aborto de 3 meses; sus embarazos y puerperios parecen haber sido normales. Su última menstruación fué el 17 de abril de 1926; en el momento de su ingreso tiene un embarazo normal de 3 a 3 1|2 meses y una cervicitis crónica. Su estado general es bueno, pesa 76 kilogramos, pero dice haber perdido 7 kilogramos desde la iniciación de su gravidez.

Hace aproximadamente dos años que empezó su enfermedad actual con tos, fiebre y espectoración. Desde octubre de 1925 se instituyó un pneumotórax artificial Forlanini, que debió interrumpirse después por haber coalescencia de las pleuras. En el pulmón izquierdo se oyen en el vértice roces pleurales y estertores húmedos: en el pulmón derecho, región apical, respiración soplante. El examen radioscópico indica intensa infiltración nodular del campo pulmonar izquierdo. Los exámenes de esputos practicados en el Servicio son negativos. El examen laríngeo justificado por una persistente ronquera, arroja signos sospechosos de infección bacilar. Durante las tres semanas que ha estado en observación, con frecuencia ha tenido un estado subfebril (T. 37.1, 37.4). El examen hematológico da signos de absoluta normalidad; urea del suero, 0 gr. 17 o|oo; reserva alcalina 48 %.

Por razones que más abajo se detallan, decido interrumpir el embarazo y proceder a la esterilización.

Bajo anestesia raquídea (novocaína al 8 %), y ayudado por el profesor agregado doctor Héctor García San Martín, intervengo el 24 de agosto de 1926. Posición de Trendelenburg moderada, incisión de Pfannenstiel pequeña. Exteriorización del útero; incisión fundal sagital, enucleación digital del huevo, permeabilización del cuello con una sonda semi rígida. Sutura uterina con puntos separados de catgut. Sección de ambas trompas; resección cuneiforme del asta uterina; encapsulación intraligamentosa de los cabos distales tubarios. Sutura parietal en tres planos.

Con excepción de una intensa cefalea que duró casi una semana, el período post-operatorio no presentó nada digno de mención.

Examinada el 1.° de setiembre, encontré el útero en ligera subinvolución y un pequeño hematoma bilateral intraligamentario.

El 7 de setiembre la enferma fué dada de alta y hasta este momento no presenta novedad alguna.

La observación que acabo de relatar y en la que, como se ha visto resolví en el mismo acto operatorio la interrupción del embarazo y la esterilización definitiva de la enferma, estimula la discusión — aún pendiente — de la conducta que debe seguir el médico frente a la asociación clínica: tuberculosis y gravidez.

El problema, aunque muy complejo, por lo general se circunscribe a las localizaciones de la tuberculosis en el aparato respiratorio que por su frecuencia, su difusión y su gravedad determinan mayor material de estudio.

Ya en 1917 en las "Reuniones de la Casa de la Maternidad", el punto fué tratado extensamente, estableciéndose un consenso general en favor de la expectación armada durante el embarazo y un discreto intervencionismo durante el parto.

Mi observación servirá de base para discutir otros dos aspectos de la cuestión.

El primero es el siguiente: ¿En qué condiciones está indicada o se justifica la esterilización femenina?

Frente a la real impunidad con que evoluciona el período grávido puerperal, en gran número de mujeres tuberculosas, estaríamos tentados de afirmar que sólo excepcionalmente esa intervención está indicada. Pero un análisis más ceñido, el conocimiento cada vez más evidente que tenemos de las importantísimas modificaciones que la gravidez impone al organismo materno, la distracción de actividades que en beneficio del desarrollo ovular primero y fetal después, se produce en múltiples órganos de defensa materna, el frecuente desequilibrio metabólico y a las veces los serios trastornos funcionales y las graves lesiones orgánicas traducibles en complejos síndromes, nos llevan al convencimiento que si el período grávido-puerperal puede no exteriorizarse en agravación clínica, disminuye ciertamente las probabilidades de curación.

La sensata regla de impedir la lactancia como medio profiláctico invalorable para evitar la contaminación del niño, reduce en mucho el valor social de la mujer, introduciendo en el mecanismo de la sociedad conyugal complicaciones de orden económico y afectivo, cuyo alcance es fácil de comprender.

La gravidez que impone una disminución en el rendimiento social de la mujer, hace aún descender el nivel de este por los cuidados extraordinarios que exige su coexistencia con una tuberculosis pulmonar; nuevo motivo de desequilibrio familiar. No discutiremos la función natural de procreación; deber social o involuntario e inconsciente, pero imperioso, cumplimiento de misteriosas leyes naturales, es un hecho frente al que debemos inclinarnos, canalizándolo en forma que la reflexión y una clara comprensión de lo que podemos esperar de la vida, hagan de los frutos de esa función otra cosa que la incómoda sorpresa de un acto, frívola o bestialmente ejecutado.

Pero cualquiera sea nuestro concepto ético, no podemos negar que la multiplicidad de las gravideces y de los partos

se traduce en la mujer civilizada y, en particular, en las de refinado perfeccionamiento orgánico, en un desgaste precoz y en un prematuro envejecimiento.

Si esto sucede en la mujer normal (¿No ha dicho un humorista contemporáneo que un sano es un enfermo que se ignora?), con más razón debemos aceptarlo en la mujer tuberculosa.

Reticentes con una nulipara, en las multíparas con lesiones lentamente progresivas u obscuramente detenidas, con criterio de piedad humana, debemos contemplar la posibilidad de nuevas concepciones.

Entendámonos bien: me refiero a "posibles" concepciones y no a embarazos en marcha. Para éstos rige siempre mi reiterada opinión conservadora, con las reservas que he manifestado ya en 1917: formas progresivas o asociadas a síndromes susceptibles de aminorar las probabilidades de la curación.

El derecho a impedir nuevas concepciones se consolida, a mi juicio, cuando se trata de mujeres cuya situación social a la vez que disminuye sus medios de defensa contra la enfermedad por las malas condiciones de habitación, alimentación, etc., impone tareas debilitantes constituídas por el cuidado de los hijos restantes y por las obligaciones de contribuir con su trabajo personal al sostenimiento del hogar común.

Confieso que en este órden de ideas, las mías han evolucionado de algunos años a esta parte, y que me inclino hoy más fácilmente a la esterilización de las multíparas tuberculosas y pobres.

Por lo que respecta a aquellas mujeres que manifiestamente han presentado agravaciones coincidentes con un embarazo anterior, es mi opinión que debemos proceder a la esterilización. Y si sostengo esta fórmula, es porque creo que, precauciones o fraudes, las intimidades de la vida conyugal los hacen ilusorios con harta frecuencia y colocan al médico y a los cónyuges frente al hecho consumado. Tal vez en una multípara que hubiera perdido los hijos anteriores y ante el

deseo vivamente manifestado de obtener uno vivo, transigiría, pero exponiendo claramente la situación.

En resumen: creo que hoy cabe proponer y practicar la esterilización:

1.° En las multíparas con lesiones permanentes o lentamente evolutivas.

2.° En las nulíparas con lesiones lentamente evolutivas, pero susceptibles — a juicio de competentes internistas — de curación. Para estos casos propondría los métodos de esterilización temporaria que permiten, en caso de curación, concepciones ulteriores.

Las formas rápidamente evolutivas por múltiples circunstancias hacen poco probable la concepción y en ellas cualquier acto operatorio significa una seria complicación que debe evitarse.

La dilatada publicidad que se ha dado a la acción inhibitoria o esterilizante de las radiaciones (rayos X y radium), sobre el ovario, obliga siquiera a plantearse la pregunta: en caso de presentarse la indicación de esterilizar, temporaria o definitivamente a la mujer tuberculosa, ¿qué métodos preferiremos? ¿La actinoterapia o la intervención quirúrgica?

Presentada en esta forma escueta, la respuesta sería fácil.

Toda intervención quirúrgica abdominal, en la que es obligatoria la anestesia general por inhalación o, por lo menos, la anestesia raquídea, trae aparejado un riesgo remoto, improbable si se quiere, pero que significa por lo menos, algunos decimales en el porcentaje de mortalidad.

La actinoterapia — entendámonos — la actinoterapia aplicada con prudencia y competencia, no da mortalidad alguna.

Pero a poco que se estudie la documentación existente surge una primera conclusión: la acción de las radiaciones (rayos X y rádium), se traduce en modificaciones en la textura ovular, en su capacidad de desarrollo y en las modalidades de su segmentación, que dan por resultado — tanto en la experimentación de laboratorio como en las aplicaciones a la clínica humana — al nacimiento de una discreta proporción de seres monstruosos o deficientes.

La proporción relativa de monstruos nacidos de hembras de animales o mujeres, irradiados o no, es tan diferente en ambas categorías, que no puede pensarse en una fortuita coincidencia.

Verdad es que las cifras que conocemos comprenden experiencias y aplicaciones clínicas de múltiples autores, con técnicas distintas, algunas deficientes o excesivas o que corresponden a los albores de la actinoterapia.

Pero aún con estas restricciones el hecho queda en pie: la actinoterapia repercute en el desarrollo de los óvulos que han escapado a su acción destructora, dando lugar al desarrollo de monstruosidades.

Modalidades de técnica, dosis, duración, tal vez modifiquen los hechos hasta ahora observados; pero la verdad es que no podemos afirmar a una mujer irradiada que tendrá hijos sanos en lo porvenir.

Para mujeres tuberculosas la situación se complica. El ovario, en su funcionalismo aún incompletamente determinado, tiene un papel predominante en la fisiología del organismo femenino. Entre otras funciones que se le asignan, parece ser evidente su influencia en el metabolismo del calcio.

¿Sabemos si la irradiación del ovario actúa también sobre esta función? ¿Podemos privar a la tuberculosa de un medio de evitar la expoliación cálcica que por tantos medios se busca cohibir?

Ignorando como ignoramos, la acción fundamental de la irradiación actínica sobre el ovario, pues que la amenorrea y la atrofia ovular no son sino formas groseras de una acción desconocida en su esencia, ¿podemos sin mayor documentación experimental desechar los procedimientos quirúrgicos que dejan a este órgano en estado de integridad orgánica y de potencialidad funcional?

Otra consideración pesa en mi ánimo. El período premenstrual se caracteriza en muchas tuberculosas por una sensible agravación: febrícula, hemoptisis. La descarga menstrual atenúa ese estado.

¿Es benéfica en las tuberculosas la amenorrea que la actinoterapia provoca? ¿No vemos en las tuberculosas que van

a marchar mal, establecerse precozmente una amenorrea distinta de la que acompaña a la caquexia bacilar? Interrogaciones no contestadas son estas, y si faltan documentos para apuntalar nuestras dudas, faltan también para cimentar el optimismo de los actinoterapeutas.

Una observación final. Nadie duda que la tuberculosa necesita de la integridad de todas sus defensas para luchar contra su enfermedad; ¿estamos autorizados, sin más pruebas que las estadísticas fragmentarias, y no siempre ajenas al "parti-pris", que han publicado hasta ahora los radiólogos y algunos ginecólogos, para suprimir la función de un órgano del que, si ignoramos su complejo destino, sabemos que es indispensable al equilibrio orgánico y funcional del organismo femenino?

Así pues, ni como método de esterilización definitiva ni como procedimiento de esterilización temporaria la actinoterapia tiene mis simpatías.

Los métodos quirúrgicos de esterilización temporaria, de los que creo que el que publiqué sea uno de los más fáciles y eficaces, tienen el serio inconveniente de exigir un traumatismo operatorio, mínimo si se quiere, pero que debe ser reiterado si obtenida la curación los cónyuges desean restablecer la capacidad concepcional de la mujer.

En este momento surgen con apariencias promisoras los métodos de esterilización biológica susceptibles de provocar en la mujer — por inyección parenteral de espermatozoides — un estado humoral anti masculino que impide la concepción.

¿Qué podemos esperar de tales métodos? Aventurado sería decirlo; muchas incógnitas se presentan: dosificación, elección del espermatozoide, duración del estado anti masculino, etc., pero las experiencias en los animales han preparado la vía y no cabe duda que si se realizan las esperanzas que despiertan los trabajos de Jarcho y otros entraremos en posesión de un arma eficaz que manteniendo la integridad orgánica del aparato genital femenino perturbe su funcionalismo de una manera meramente transitoria pero suficiente para dar al organismo la amplia disposición de sus defensas.

En nuestra enferma la corta edad del embarazo, las le-

siones constatadas en el pulmón y en la laringe — y todos sabemos la rapidez con que en las embarazadas esta localización precipita sus etapas — me indujeron a interrumpir la gestación con el objeto de facilitar su lucha contra la infección bacilar.

La evolución ulterior demostró la eficacia de la resolución tomada.

Decidida la evacuación uterina y la esterilización simultáneas, ¿qué programa debíamos fijarnos?

De mi comunicación de 1917 se desprende que cuando esa eventualidad se presente será siempre en el curso del primer trimestre o, a lo sumo, en el comienzo del segundo. Pero también en esa comunicación señalaba un hecho sugestivo; relataba tres casos (a los que he podido agregar otro más), en los que, con lesiones muy pequeñas en breve plazo ví aparecer localizaciones meníngeas mortales. A esos cuatro casos de meningitis agregaré un quinto caso, en el que menos de un mes después de un curetaje evacuador se desarrolló un cuadro de septicemia bacilar de marcha rápida. Decía entonces: "¿Había allí lesiones tuberculosas ovulares y la cucharilla inoculó en el torrente circulatorio bacilos que fueron a sembrar las meninges?".

Las investigaciones de Calmette y Couvelaire sobre la tuberculosis ovular abonan y justifican mis temores.

Típicamente bacilares por excepción, en su forma filtrante más a menudo, las localizaciones coriales de la tuberculosis han adquirido personería en la historia de esta enfermedad y a la luz de este novísimo aspecto de sus localizaciones los hechos aciagos a que me refiero adquieren un valor decisivo que debe alejarnos de toda tentativa operatoria que pueda ser el motivo de una siembra microbiana.

A) La fórmula clásica hubiera sido la evacuación por raspado uterino y la esterilización por via abdominal. Ya hemos dicho los temores que nos asaltan para hacer la ablación ovular con cucharilla. Pero hay más aún. Cualesquiera sean nuestra habilidad y nuestras precauciones, nadie puede afirmar con certeza que al curetaje no seguirán hemorragias o signos de infección uterina, máxime si, como en nuestro caso, la

existencia de una cervicitis hace obligatorio el transporte de gérmenes del cuello al cuerpo. ¿No es, acaso, algo aventurado traumatizar por vía vaginal, un útero sujeto a caución del punto de vista de su asepsia? Argumentación análoga sostuvo el "Medical Staff" del Hospital Brooklin en el caso que Hussey publicó en el"American Journal of Obstetrics and Ginecology" de 1917.

B) La histerectomía vaginal con resección tubaria por el fondo del saco anterior, ha sido empleada. Werner en el "Zentralblatt fur Gynekologie" (1913), consigna una serie de 60 casos (1 caso mortal y 8 con complicaciones). En los 60 casos, 10 veces hubo hemorragia excesiva que obligó a la histerectomía vaginal. Estadística instructiva que establece una vez más la inferioridad global de la vía baja en las intervenciones operatorias.

C) Histerectomía abdominal y resección tubaria. Sellheim en el "Monatschriff Geburt, und Ginœkologie" de 1911, aporta 10 casos sin morbosidad.

D) Bardeleben ha propuesto y ejecutado la resección parcial del útero con el huevo in situ, que podría practicarse siguiendo la técnica de la resección cuneiforme del útero por el método de Beuttner. Evidentemente, de las diferentes técnicas descriptas, ésta llevaría el máximo de sufragios, pues permitiría la extracción en block del huevo, llevando la sección uterina lejos de la zona placentaria. Pero no hay que olvidar que, en general, cuando la interrupción se practica, ya el huevo llena la totalidad de la cavidad uterina y el acto operatorio constituiría en realidad una histerectomía subtotal, intervención excesiva si queremos que la enferma conserve la menstruación.

En nuestro caso, el tamaño del huevo me inhibió de practicar la operación de Bardeleben y me incliné a la histerotomía fundal y a la resección tubaria consecutiva.

Todos los que presenciaron la intervención, quedaron convencidos de la rapidez, facilidad e innocuidad de la enucleación ovular al través de la brecha uterina. A la acción ciega y un tanto brutal de la cureta, reemplazó el suave despegamiento con el dedo envuelto en una compresa de gasa.

No insistiré en mayor argumentación.

En los raros casos en los que esté indicada la interrupción del embarazo, opino que es preferible la evacuación por histerotomía transperitoneal o histerectomía parcial. Esta interrupción deberá ser seguida de esterilización en los casos especificados más arriba.

Tromboflebitis útero-pelviana séptica puerperal

Hace algunos años, Wallich preguntaba en una sesión de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de París: ¿Existe una sintomatología propia de la tromboflebitis útero-pelviana?

Si hemos de juzgar por el silencio que guardan la mayoría de los tratados con excepción de algunos alemanes y americanos, parecería que esta grave complicación infecciosa del puerperio, encierra todavía incógnitas irreductibles, o ha desaparecido de la nosología médica.

Sin embargo hay un interés subido en despistarla, en aislarla de un cuadro sintomático que pueda enmascararla, para saber hasta qué punto una terapéutica directa y activa puede vencerla en su marcha invasora y tan a menudo fatal.

Una incursión retrospectiva en la literatura médica del último tercio del siglo XIX y de lo que llevamos del XX, permite asegurar que con el advenimiento de la asepsia y de la antisepsia una modificación importante se ha producido en la fisonomía clínica de la infección puerperal; ciertas formas corrientes de 1860 a 1870 han desaparecido casi, otras se manifiestan en forma atenuada, otras han adquirido mayor importancia y se han podido estudiar mejor.

Al primer grupo pertenece la metroperitonitis sobreaguda, al segundo la endometritis, al tercero la flegmasia alba dolens. La tromboflebitis no podía escapar a esta evolución. Conocida en su anatomía patológica con gran exactitud, particularmente en su variedad supurativa, tenía también en aquella lejana época una historia clínica.

Basta recorrer las sólidas páginas de un libro viejo pero admirablemente documentado, el "Tratado de enfermedades puerperales" de Hervieux (1870), para convencerse que a los ginecólogos de entonces no habían escapado las lesiones de las tromboflebitis útero-pelvianas; en cambio, la sintomatología era más difusa, pues a lo que propiamente puede

atribuírsele, se agregaba lo que corresponde a las variadas complicaciones que acompañaban a tal localización, en particular el flemón del ligamento ancho, la peritonitis y la séptico-piohemia.

Con los nuevos tiempos el silencio se hace y sólo algunas líneas le son dedicadas en el capítulo referente a la infección puerperal.

Es menester que activos ginecólogos alemanes, Freund, Trendelenburg y Bumm emprendan una lucha directa contra la tromboflebitis para que un renuevo de actualidad llame la atención sobre su sintomatología moderna. En efecto, las intervenciones propuestas y ejecutadas por estos maestros, exigen un diagnóstico perfecto para legitimar la ligadura venosa y este diagnóstico tiene que ser también suficientemente precoz para que la operación dé los resultados que de ella se esperan.

Planteado así el problema cabe preguntarse: ¿Existe una semiología precisa de la tromboflebitis útero-pelviana? ¿Hay un fundamento anatomopatológico y clínico que legitime la ligadura venosa? ¿Pueden alcanzarse resultados alentadores?

Entretanto, he aquí la historia clínica del caso que me han sugerido las consideraciones que expondré más adelante.

Observación

(Servicio de Protección Maternal. — N.° 1713|3675). — El 21 de marzo de 1917 ingresa a mi Servicio, Saturnina I. de A., uruguaya, de 40 años, VIII para; todos sus embarazos y partos han sido normales: ha tenido dos partos gemelares. Regularmente menstruada desde los 16 años, no presenta al examen médico más que un ligero soplo sistólico en la punta del corazón; hay numerosas várices. El examen de orina no da sino una disminución grande de cloruros (0 grs. 234 ctgs.) y 0 gr. 10 de albúmina. No hay elementos anormales al examen microscópico.

A su ingreso nos cuenta que el 1.° de marzo tuvo un parto de término, normal, pero que la placenta no fué expulsada sino después de 5 horas, bajo la acción de un medica-

mento cuyo nombre ignora. Parece haber tenido discreta hemorragia. Hacia el 15 o 16 de marzo, su pierna izquierda — que durante el embarazo la molestaba algo — se puso nuevamente dolorosa, extendiéndose el dolor hasta la fosa renal de ese lado y sintiendo un fuerte escalofrío. El examen nos muestra la safena externa izquierda engrosada y dolorosa, particularmente en su trayecto inferior, y un ligero edema pretibial. La región superior del muslo está libre; la palpación de la fosa ilíaca izquierda es en extremo dolorosa así como la región renal del mismo lado. El diagnóstico de flebitis es evidente. Ordeno aplicación de alcohol yodado e inmovilización en una gotera.

El 21 y 22 de marzo la apirexia fué completa. En la tarde del 23 subió la temperatura a 39° 4 sin escalofrío, descendiendo en la mañana siguiente a 37° 5. La sensibilidad renal y abdominal han cedido casi por completo.

25 de marzo. Temperatura 37° de mañana; a las 15 horas tiene un escalofrío de 15 minutos, llegando la temperatura a 41° y el pulso a 140, mientras que los días anteriores había oscilado paralelamente a la temperatura entre 86 y 120.

26 de marzo. El estado general es excelente; persiste solamente un poco de dolor en la fosa ilíaca izquierda. Temperatura 37° 5 y 38° 3. Pulso 100 y 108.

27 de marzo. Temperatura 38° 4, 38° 6. Pulso 112, 120 y el mismo estado general.

28 de marzo. Temperatura 36° 6 a las 7 a. m.; a las 10 a. m., escalofrío de 15 minutos. Temperatura 38° 5. Pulso 112; a las 3 p. m., nuevo escalofrío largo. Temperatura 40° 4 y pulso 140.

29 de marzo. Temperatura 39° 3, pulso 120, a las 8 a. m. Examino a la enferma y encuentro: útero movible en anteversión y ligera anteflexión, involución normal. No hay signo de Hegar regresivo; no se palpan los anexos. En el espesor de ambos ligamentos anchos se palpan con toda claridad paquetes venosos muy poco sensibles y libres en el tejido celular: la lesión predomina a la izquierda; no hay infiltración del parametrio. De tarde temperatura 37° 4, pulso 104: se dan 40 cc. de suero antiestreptocóccico; el hemocultivo es negati-

vo. Del 30 de marzo al 3 de abril la situación se mantiene estacionaria; la temperatura oscila entre 37° y 39° y el pulso de 92 a 116 sin escalofríos. El estado general es bueno; localmente el edema de la pierna izquierda ha aumentado en proporciones moderadas. Se sigue la inmovilización y las envolturas yodadas; se administran diariamente 10 miligramos de sublimado intravenoso.

El 4 de abril tiene de mañana 36° 6 de temperatura y 96 de pulso, pero en la tarde tiene el quinto escalofrío, llegando a 40° y el pulso a 146. El estado general tiende a deprimirse.

El 5 de abril tiene de mañana 36° 6 y pulso 92, pero a la tarde aparece el sexto escalofrío con 41° y 156 de pulso.

La examino nuevamente el 6 de abril y ratifico los signos observados el 29 de marzo: tromboflebitis bilateral yuxtauterina, sin participación peritoneal, anexial o parametrial. Decido intervenir quirúrgicamente y hago preparar a la enferma.

Abril 7. Operación. Operador doctor Turenne. Ayudante doctor Colistro. Anestesista: nurse Bruno. Morfina preoperatoria. Anestesia Kelene-éter. Posición Trendelenburg extrema. Amplia incisión de Pfannenstiel; colocación de la gran valva pubiana Doyen y del marco Faure-Coryllos. Protección de la masa intestinal con compresas sostenidas por la valva oblicua Faure.

A la abertura del vientre se constata la más completa integridad peritoneal; no hay adherencias ni exudados de clase alguna. El útero es voluminoso, poco más del doble del órgano vacío, rosado, sin signos de perimetritis, ligeramente desviado a la derecha. La región anexial derecha es normal; en el espesor del ligamento ancho de ese lado y cerca de su base se nota un cordón alargado, duro, que corresponde a una vena uterina trombosada; en la zona de la espermática no se nota nada anormal. A la izquierda los anexos están también sanos; a partir del mesosalpinx y ocupando el espacio celuloso del ligamento ancho, se percibe un pelotón vascular, de consistencia de masilla a medio endurecer y en particular una vena del calibre de un lápiz, trombosada, moniliforme; en la zona de la espermática la trombosis se prolonga casi hasta la pared

pelviana. No se nota infiltración del tejido celular y las hojas del ligamento ancho resbalan sobre los vasos trombosados.

En vista de la localización de las lesiones decido hacer la ligadura de la vena hipogástrica a la derecha y de aquella y de la espermática a la izquierda.

A la altura del promontorio y a tres centímetros de la línea media, hago una incisión vertical de cuatro centímetros en el peritoneo posterior; hago reclinar hacia afuera el labio externo de la incisión que lleva consigo el uréter y caigo enseguida en la vaina perivascular. Denudo la vena claramente distinguible de la arteria y ligo a un centímetro por debajo de la bifurcación. Sutura del peritoneo.

A la izquierda la incisión es hecha a 4 centímetros de la línea media: apartando hacia la línea media el meso-sigmoideo, los vasos están bajo el dedo; procedo en la misma forma que del lado derecho. Para la espermática hago la ligadura junto a la pared pelviana. Como el punto pasado en el espesor del ligamento ancho izquierdo sangrará un poco, coloco un fino drenaje en el seno formado por el ligamento y el asa sigmoide. Sutura abdominal en tres planos.

Abril 8. — El estado de la enferma es muy satisfactorio. Se le ha provocado ayer con fines pronósticos un abceso de fijación. Temperatura 36°2 pulso 92 y 38° pulso 104.

Abril 9. — El abceso de fijación es positivo. Temperatura 37°2-37°8, pulso 92 y 96.

Desde esa fecha el estado de la enferma mejora rápidamente. Entre el 14 y el 17 hay una pequeña alarma, pues la temperatura tiende a subir y aparece una fluxión periarticular múltiple muy dolorosa. Pero como ésto coincide también con la repleción rápida del abceso de fijación, lo incindo ese último día. Localmente constato que el paquete venoso derecho está en el mismo estado y que el izquierdo ha aumentado, pero no es doloroso. El 18 de abril la apirexia es completa y así se mantiene, con remisión progresiva de los signos de flebitis del miembro inferior izquierdo. Múltiples hemocultivos fueron negativos, siendo también estéril el pus del abceso de fijación.

La convalecencia sólo fué perturbada del 6 al 10 de mayo

por una intoxicación alimenticia que dió ligera fiebre y que cedió a un purgante administrado ese mismo día.

El 12 de mayo encontré el útero en ligera retroversión movible e indoloro; el paquete vascular derecho está muy reducido; aún se percibe un delgado filamento que represen ta una vénula trombosada del plexo pre - vesical. A la izquierda no se siente ningún cordón vascular, sólo persiste un poco de falta de elasticidad del ligamento ancho.

La enferma se levanta desde el 10 de mayo y sale de mi servicio en los primeros días de junio completamente curada.

Antes de entrar al estudio de la sintomatología de la tromboflebitis conviene reseñar ligeramente las nociones hoy admitidas y corrientes entre los ginecólogos, pero que no han penetrado aún suficientemente entre los médicos generales, inhabilitándolos así a ofrecernos la ocasión de intervenir oportunamente de una manera eficaz.

Es indudable que el embarazo y el parto constituyen una ocasión propicia al desarrollo de lesiones venosas. Dejando de lado las trombosis asépticas que acompañan la evolución genital del puerperio, tenemos todo un grupo que va desde la sencilla flebitis varicosa del embarazo a las más graves tromboflebitis infecciosas post-puerperales.

Durante el embarazo se reunen las condiciones hoy tan bien estudiadas en Patología experimental y requeridas para provocar la lesión venosa y su consecuencia la trombosis.

Modificaciones sanguíneas representadas por el aumento en el número de plaquetas, particularmente al final del embarazo y después del alumbramiento; notable cuando éstos se acompañan de mal estado general, de anemia aguda, de estados sépticos. Trastornos en la motilidad sanguínea consecutivos a las modificaciones que el embarazo impone a la circulación pelviana en venas que por su propia situación, normalmente disminuyen la velocidad de la corriente.

Penetración en la circulación y durante toda la evolució del embarazo de las múltiples substancias extrañas originadas por la defensa materna contra el veneno ovular, de todos los productos más o menos transformados del metabolismo fetal y de las toxinas provenientes del funcionamiento defectuoso de los órganos de eliminación.

Si a ésto agregamos la imposibilidad de una asepsia ideal de los órganos genitales, la frecuencia excesiva de una flora microbiana activa en los loquios cervicales y más aún en los vaginales, en un momento que las heridas puerperales están en plena reparación, tendremos reunidos en proporciones inquietantes todos los factores necesarios y suficientes para una contaminación venosa de la zona genital.

Estas premisas deben hacernos pensar que al revés de lo que pudiera deducirse del silencio de muchos tratados clásicos la tromboflebitis puerperal no es una afección rara.

Y en realidad es así. El examen sistemático y repetido de todas las enfermas infectadas puerperales nos ha permitido encontrar a menudo los signos físicos de la invasión venosa.

Pero aquí la Anatomía Patológica y la Clínica demuestran que la lesión venosa es un epifenómeno. O bien el organismo se defiende eficazmente y todo entra en orden en breve; o bien el parametrio, los anexos, el peritoneo o las venas del miembro inferior, toman el rol preponderante y la tromboflebitis pasa a segundo término, sin perjuicio de dar lugar posteriormente al cuadro clínico de la piohemia tardía.

Esta combinanción y alternancia de lesiones, hace que los signos propios de la tromboflebitis puedan pasar desapercibidos y que con razón muchos autores le nieguen personería clínica.

Al lado de estos casos complejos que son los más, al lado de los casos benignos que con frecuencia pasan desapercibidos, porque descubierto el grueso foco de infección a él se atiende sin mayores preocupaciones, queda un número reducido de casos en los que la lesión venosa predomina e imprime una fisonomía especial a la evolución de la enfermedad.

Confundida generalmente con la piohebia, con la que tiene muchos puntos de contacto y en la que termina con frecuencia, la tromboflebitis tiene un período a veces largo, durante el cual la lesión se localiza o progresa muy lentamente, no dando sino periódicamente eyaculaciones microbianas o toxínicas, a las que durante semanas resiste vigorosamente el organismo.

Al conocimiento, pues, de este período, debemos dedicar toda nuestra atención, pues, una vex pasado, seremos impotentes para combatir la toxi-infección generalizada.

Desde Michaelis se da gran valor a los pequeños ascensos de temperatura preflebítica. Por mi parte, doy la mayor importancia al signo, pero haciendo observar que la temperatura axilar es en extremo engañosa.

Mucho mayor valor tiene para mí un signo que no he visto descripto hasta ahora por nadie.

Desde 1906 he podido observar en el período que para comodidad de descripción llamamos "preflebítico", aunque ya la flebitis yuxta-uterina existe, ascensos térmicos precoces rectales coincidiendo con apirexia axilar.

Esta hipertermia local que condice bien con el proceso inicial pelviano, es un fenómeno muy precoz, pues lo he observado cuatro, cinco y hasta ocho días antes del primer indicio axilar de fiebre.

Creo que sea un signo mucho más precoz y constante que el pulso de Mahler.

Este último cuando es claro, tiene también un gran valor; pero lo pierde si se tiene en cuenta que las futuras flebíticas, han sido a menudo hemorrágicas con pulso rápido y en las que, por lo tanto, no pueden percibirse con claridad los resaltos propios del pulso de Mahler.

Los ascensos precoces rectales tienen tanto más valor que con frecuencia las hemorrágicas son hipotérmicas periféricas en los primeros días.

Más tarde cuando la tromboflebitis se ha constituído, la curva es absolutamente característica y bien conocida. Sobre un fondo de apirexia o de tipo subfebril, se engarzan a intervalos irregulares de uno, dos, hasta diez o más días, bruscos ascensos a alturas a veces inverosímiles 40°5, 40°8, 41°; hasta 41°8 hemos observado.

Estos ascensos no se acompañan de modificaciones de pulso considerables ni permanentes. Si puede el pulso alcanzar a 140, 150, 160 es solamente durante el escalofrío, acompañando con su caída a la de la temperatura.

Signo digno de difundirse entre los médicos prácticos es

que a igualdad de infección, las localizaciones puerperales uterinas, anexiales y parametriales y en especial, la septicemia, se acompañan de pulso mucho más elevado y más permanentemente alto que en la tromboflebitis.

Interesante me ha resultado el estudio del hemocultivo frecuentemente repetido.

En la tromboflebitis he observado casi siempre resultados negativos o transitoriamente positivos en las horas que siguen al escalofrío.

Fuera de esto, la persistencia de un hemocultivo positivo es para mí indicio de un pasaje a la sépticopiohemia.

En las formas puras localizadas no he encontrado nunca serias alteraciones urinarias, ni en general de la mayor parte de los órganos y aparatos. Hace solo excepción el pulmón, en el que no es rara la embolia mortal por tromboflebitis séptica pura.

Lealmente creo, y por eso me extrañaba la pregunta de Wallich que indicaba al comienzo de este trabajo y los resultados de la discusión entonces tenida en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de París, que los signos en los casos puros son a menudo claros y precisos. En la forma que llamaría frustra he observado un útero por lo general aumentado de volúmen, blando, movible, a veces doloroso ligeramente. Los anexos o no se perciben o tienen caracteres normales. Todos los signos se reducen a una falta de elasticidad en el espesor del ligamento ancho, una ligera sensibilidad que contrasta con la hiperalgesia de la anexitis o el empastamiento acartonado de las infiltraciones parametriales.

En general, los signos son más claros. Ya en la base del ligamento ancho, ya en su espesor, ya siguiendo su borde superior se siente unas veces un cordón duro, moniliforme, más preciso en la vecindad del útero que hacia la pared pelviana; otras veces es la madeja clásica del varicocele, el "peloton de ficelle" inconfundible.

La precisión de los contornos de los vasos trombosados permite diferenciarlos del hematoma intraligamentario que el examen sistemático de las puérperas normales me ha demostrado que está lejos de ser raro. En cierto número de

casos es fácil percibir otros vasos trombosados, en particular en el espacio prevesical y en el espesor de las paredes vaginales; con excepción de un caso terminado por abceso flebítico retropubiano, en todos los demás casos estas localizaciones han terminado por resolución.

La conservación prolongada de un excelente estado general es notable; ni el apetito ni el sueño están perturbados, todas las funciones se efectúan normalmente, una euforía y un optimismo desconcertantes alientan a la enferma, y contagian a los que la atienden. ¡A cuántos ginecólogos habrá pasado de observar la sorpresa y la incredulidad con que el médico de cabecera oyera sus sombríos pronósticos!

En realidad esta aparente resistencia, que contrasta con los alarmantes ascensos térmicos, es una característica del cuadro clínico de la tromboflebitis en el período de localización.

Es sólo muy tarde, cuando la circulación general hormiguea de estreptococos o cuando múltiples abcesos salpican las vísceras, que aparecen, a veces precipitadamente, los signos de una rápida agravación.

De lo dicho resulta que hay en la marcha clínica y en los resultados del examen físico, elementos suficientes para plantear y resolver afirmativamente el problema de la existencia de la tromboflebitis pelviana.

Si hemos de juzgar por las estadísticas publicadas, el pronóstico es excesivamente grave; una mortalidad de 50 a 60 por ciento es alarmante.

Pero mi impresión es otra; creo que esa mortalidad es exagerada y me fundo para ello en la frecuencia relativa de la existencia de signos de tromboflebitis en casos terminados favorablemente. No hay que creer que solo los casos frustros terminan así. Mis colegas los doctores Infantozzi y Colistro han presenciado en la Casa de la Maternidad de Montevideo, casos extraordinariamente graves terminados por curación. En el primero de ellos las lesiones eran tan extensas que abierto el vientre para tentar la ligadura venosa hubo de desistirse; la enferma curó y poco tiempo después concebía nuevamente.

Pero es indudable que en los casos en que la curva febril adquiere el tipo descripto, la mortalidad es alta.

Todo hemos tentado: terapéutica uterina local, sueros, vacunas, suero simple de caballo, sublimado y coloides variados intravenosos; amenudo todo ha sido infructuoso y las enfermas han hecho localizaciones viscerales graves, o extensiones trombósicas a la cava inferior y superior, o han terminado por sépticopiohemia. Deliberadamente no he indicado los abcesos de fijación entre los medios curativos. En efecto, el método de Fochier, cuya eficacia es exagerada por unos y negada por otros, no nos ha dado del punto de vista terapéutico, resultados convincentes; bien es cierto que nunca lo hemos empleado aisladamente y que los éxitos como los fracasos tienen que ir a la cuenta del método general de tratamiento de las infecciones puerperales.

Pero si su valor terapéutico es discutible, en nuestro Servicio ha pasado a la categoría de cosa juzgada su valor pronóstico. Es tan excepcional una evolución fatal en los casos de reacción positiva, que en todos los casos graves empleamos la inyección subcutánea de esencia de trementina, como manera de asesorarnos precozmente de su marcha eventual.

En los casos que aparentemente desmentían la experiencia, un nuevo abceso provocado, generalmente negativo o a lo sumo de marcha tórpida, explicaba la aparente falla del método. No recuerdo sino un caso contrario a lo expuesto: una mujer a quién tuve que hacer la amputación de un enorme cuello uterino hipertrófico y prolapsado al fin del embarazo, en la que una gangrena de marcha rápida obligó a intervenir. En ella el abceso fué positivo y casi contemporáneo de localizaciones supuradas articulares y tendinosas, índice de una tromboflebitis acompañada de piohemia precoz, terminada por trombosis extensa de las dos venas cavas.

Esta alta mortalidad de los casos graves es la que nos indujo a operar en el que les presentamos, y que fué suficientemente puro para justificar la intervención y obtener de sus resultados deducciones susceptibles de aportar elementos de juicio a una cuestión no definitivamente resuelta.

¿Qué fundamentos tiene la intervención quirúrgica?

Experimentos ya viejos demuestran la posibilidad de detener el proceso séptico-flebítico por la ligadura en un punto suficientemente alejado del trombus para tener la certeza que la pared venosa está aún indemne. El trabajo de Mac-Lean (1915) prueba que el coágulo siempre se forma, cualquiera hayan sido las condiciones del vaso ligado, en la porción distal de la vena. El mismo autor ha demostrado que entre dos ligaduras, la sangre se absorbe rápidamente, dejando en su lugar un cordón fibroso.

La experiencia ya antigua de los otólogos justifica en casos sépticos la ligadura de la yugular y fué esta intervención la que indujo a Freund en 1895 a proponer la ligadura de las venas trombosadas.

Trendelemburg y Bumm lo siguieron, pero hasta el día de hoy el número de observaciones publicadas — con certeza inferior al de los casos operados y probablemente terminados fatalmente — no es tan crecido como para hacer innecesarios nuevos dátos.

Hasta setiembre de 1912, K. I. Sanes en un trabajo presentado a la Asociación Americana de Obstetricia y Ginecología había recogido 122 observaciones publicadas, con 64 muertes. (52.5 %).

Como se ve, esta cifra representa el porcentaje admitido generalmente; el mismo autor anota 752 tromboflebitis no operadas con 395 muertes o sea 51.6 por ciento.

Recorriendo la bibliografía a mi alcance anoto una mortalidad oscilante entre 25 y 40 %. Sin embargo las publicaciones más recientes acusan un porcentaje mayor de curaciones.

Si he de juzgar por mi experiencia personal, aún eligiendo los casos y operando en la forma más correcta, caben sorpresas desagradables. De las tres enfermas en que he intervenido, la primera como ustedes ven evolucionó hacia la curación; una segunda murió bruscamente de embolia pulmonar en la noche de la operación; la tercera después de haber despertado grandes esperanzas por la evolución de su curva térmica, inició un cuadro de septicemia sub-aguda que la

mató al cabo de varias semanas sin localización aparente; sin embargo la autopsia fué muy instructiva. Un pequeño y bien defendido foco de peritonitis supurada desarrollado al nivel de la ligadura venosa, explicó el cuadro clínico, demostrando uno de los riesgos de la operación (la peritonitis séptica) que en este caso pudo atribuirse a streptococcus de virulencia moderada, evadidos de los vasos linfáticos y capilares adyacentes a las venas macroscópicamente trombosadas.

Como ven ustedes mi mortalidad bruta sería de 66 %, y descontando el segundo caso, en el que no hubo tiempo de apreciar la influencia de la ligadura sobre el síndrome infeccioso, de 33 %.

Sin embargo, no todos los autores miran favorablemente la intervención operatoria. Palmer Findlay, analizando siete casos particulares de evolución variada, se muestra opuesto, fundándose: 1.° En que la laparotomía puede no demostrar ninguna lesión aunque la curva sea característica; 2.° En que puede no encontrarse nada en la zona susceptible de ligadura, siendo las lesiones más superiores; 3.° En que puede seguir la infección su marcha invasora a pesar de la ligadura.

Considero personalmente contraindicada la ligadura:

1.° En los casos de bacterihemia persistente o séptico-piohemia confirmada.

2.° Cuando hay lesiones uterinas o yuxtauterinas (anexiales, parametriales, peritoneales) predominantes. Es indudable que en estos casos, sin ir a la ligadura ni apartarnos de una conducta doctrinariamente conservadora, la laparotomía puede a veces permitir la solución favorable de algunos problemas clínicos y terapéuticos.

3.° Cuando el estado general de las enfermas y la marcha rápida de los accidentes (hipertermia o algidez, escalofríos subintrantes, ictericia), demuestran que estamos frente a formas rápidamente mortales; y

4.° En las formas ascendentes de la tromboflebitis.

Pero si podemos en plena libertad de espíritu considerar racional la ligadura de las venas trombosadas, graves dudas surgen en nuestro espíritu cuando se trata de fijar el momento operatorio.

Ya en una comunicación a la Sociedad Argentina de Obstetricia y Ginecología en 1917 justificaba la intervención:

1.° En los casos que se diagnostica directamente la lesión venosa séptica y no hay bacterihemia persistente entre los escalofríos;

2.° Cuando el examen clínico genital y general no demuestra la existencia de focos viscerales sépticos que indican la generalización de la infección, rodeándose para esto de todos los métodos de laboratorio actuales (recuento leucocitario, biopsias, Roentgendiagnóstico, etc.);

3.° En los casos en los que el examen directo da resultados dudosos pero la marcha clínica es característica.

Pero a medida que mi experiencia ha ido creciendo y sin modificar estas premisas, numerosas enfermas han pasado por mi Servicio y alguna vez las he perdido lamentando no haber tentado la operación.

¿Qué detuvo mi mano? Expondré a ustedes dos casos tomados al azar en mi casuística para demostrarles cuánto nos puede hacer vacilar un caso grave en el que todo induce a pensar en la legitimidad de la intervención y en el que la evolución demuestra que hubiera sido inútil y arriesgada.

1.er caso. — 2.a Clínica Obstétrica. Observación 15153|28980. — Consuelo E. V., XI para, 34 años. Ingresa el primero de enero de 1926 a las 19 horas. Ha tenido en su casa un parto expontáneo a la hora 17 y es hospitalizada porque no ha expulsado la placenta. El doctor Canzani constata que está totalmente y fuertemente adherida, y practica el alumbramiento artificial. La enferma pierde mucha sangre. Se ordena bolsa de hielo al vientre y pituosona subcutánea. Desde el 4 de enero hay líquidos fétidos y la temperatura comienza a ascender.

El 6 tiene un primer escalofrío y pocas horas después el 7, otro de 25 a 30 minutos de duración con 39°3 de temperatura. Tres horas después de este último escalofrío tiene otro con 41° y 180 de pulso y un estado de colapso gravísimo. El 8 nuevo escalofrío de 20 minutos. El 9, 5.° escalofrío; se inicia urotropina intravenosa.

El examen de sangre practicado ese día dió: G. R.

2.500.000, Hemoglobina, 60 %, G. B. 21.800 (polinucleares 79 %, linfocitos 17 % mononucleares grandes 2 % eosinófilos 2 %), hemocultivo negativo.

Los escalofríos se repiten los días 12, 13 y 15; este último día aparecen síntomas y signos de pequeña embolia subpleural.

El 16 puedo constatar por primera vez venas trombosadas en el espesor de los ligamentos anchos. El 18, pequeño escalofrío y 39° 8. Ese día el examen de sangre da: G. R. 3.950.000, Hemoglobina 70 %, G. B. 15.600, de fórmula análoga al anterior examen.

El 19 se inicia el salvarsan intravenoso y se continúa el tratamiento anterior. Se provoca un abceso de fijación.

El 21 constato los mismos signos de tromboflebitis que el 16. El abceso de fijación da reacción positiva. Entre los días 18 y 21, el estado general es tan malo que no creo prudente hacer correr el riesgo de la laparotomia para practicar la ligadura venosa. Se continúa alternando el neosalvarsán y la urotropina por vía intravenosa.

El 26 la enferma está manifiestamente mejor; la temperatura ha descendido a menos de 37° y el pulso a 80 y 84. Sin embargo el examen denota más claramente el paquete venoso trombosado. Desde ese día la mejoría se acentúa rápidamente y la enferma es dada de alta el 7 de febrero.

Examinada un mes después, no se encuentra nada anormal en su aparato genital.

2.° caso. — 2.a Clínica Obstétrica. Observación 15196| 29079. — María M. de M., Primípara, 20 años. Ingresa el 9 de enero de 1926 habiendo tenido en su casa un parto expontáneo el 3 de enero; fué asistida por una "aficionada" que estuvo varias horas haciendo movimientos y maniobras para "ayudar" a la expulsión. En el momento de su ingreso, su estado general es mediocre. Temperatura 39°, pulso 112.

Hay desgarros perineales y cervicales cubiertos de falsas membranas, loquios purulentos; en el fondo del saco lateral derecho se percibe una pequeña infiltración del ligamento ancho. Se instituye el tratamiento habitual en el Servicio.

El examen de sangre del día 2.° da: G. R. 2.750.000, G.

) (clasificación normal) Hemoglobina 70 %. Hemo-
gativo.
a 12 tiene un primer escalofrío y 40° 4.
a 13 se inician inyecciones de septicemina.
ías 15 y 16 se repiten los escalofríos (41° y 41°8).
ratura se mantiene; el examen del día 16 me per-
atar que se ha disipado la infiltración parametrial,
nbos lados se perciben venas trombosadas. El estado
ntraindica toda intervención radical.
) se provoca un abceso de fijación. Se continúa la sep-

los signos de tromboflebitis son más evidentes; el ab-
ijación es más positivo. Se inicia el neosalvarsán
o. Hay edema del brazo derecho. Desde el 22 se ini-
ejoría sólo interrumpida el 30 por un ascenso a 39°.
ia el salvarsán intravenoso.
26 ha desaparecido la trombosis izquierda, pero per-
a la derecha.
ferma es dada de alta el 8 de febrero: no se han teni-
ticias de ella.
lación de estos dos casos justifica la exposición del
en el momento actual.
r cree salir hábilmente del paso con una frase:
nuy pronto es un crímen, y muy tarde, practicar
vención inútil.''
'elenburg aconseja operar después del primer es-
Bond y Schottmuller, Beuttner, después de tres
y constatación de streptococos en la sangre; Bu-
ra hasta el 5.° chucho, Williams y Bardeleben espe-
rición de chuchos y venas palpables.
uración de la tromboflebitis, ¿es, acaso, más alec-
?
, en 103 casos, en los que se dejó constancia del
a:

OPERACIÓN	Curaciones	%	Muerte
1.ª semana	9	69.3	4
2.ª »	12	44.4	15
3.ª »	10	50	10
4.ª »	8	40	12
5.ª »	8	74.5	3
6.ª »	3	42.9	4
7.ª »	2	40	3

Bumm se opone a la intervención durante agudo que él calcula en 10 o 15 días, porque est friabilidad del coágulo hace peligrosa o inútil l ción, considerándola también inútil cuando hay nes.

Vanvert y Paucot en su Memoria de 1912, que en la forma precoz y múltiplemente metastátic lo menos inútil intervenir''. Leopold, por su p que en las formas rápidas es imposible operar a tie se ve, las contraindicaciones están bastante con establecidas para no dar lugar a dudas.

Volviendo al estudio que más nos interesa, Pittburg, en 1913, estableció que a su juicio la estaba indicada:

1.° Cuando se diagnostica la tromboflebitis a escalofríos.

2.° En la formas crónicas cuando no hay con y el estado general es bueno entre los escalofríos.

3.° Como ''última ratio'' en los casos agudos rápida.

4.° En los casos agudos con venas palpables estado general, aún después de varios escalofríos la impresión de agravación persistente.

5.° En los casos agudos sin venas palpables, ı síndrome clínico de la tromboflebitis.

Vanvert y Paucot en su concienzuda Memori decían: ''La marcha, la duración solo arrojan da cisos. Una intervención está indicada cuando el cu tromboflebitis de marcha crónica se ve después de

sión sobrevenir nuevos accidentes febriles, escalofríos o accidentes embólicos.''

Pero a renglón seguido agregaban: ''es en estas circunstancias, que se han obtenido éxitos operatorios, pero hay que confesar que casos análogos son susceptibles de curarse sin intervención quirúrgica''.

Este es el balance de las más autorizadas opiniones hasta el momento presente

Véamos si es posible llegar a conclusiones más precisas a la luz de los hechos observados y para ello estudiaremos por separado los elementos de juicio de que se han valido los autores para determinar el momento operatorio.

A) Datos etiológicos. Es evidente que los partos distócicos, los prolongados, los sépticos antepartum, los que se han acompañado de maniobras largas, traumatizantes o atípicas, los que han sido precedidos o acompañados de hemorragias, los que se producen en mujeres en estado de miseria social y fisiológica o en toxémicas, los abortos provocados permiten presumir, frente al estallido del síndrome infeccioso, la posibilidad de la localización venosa. Pero ¡cuántas excepciones a la regla, cuántas infracciones impunes a los preceptos de una técnica correcta o de una verdadera asepsia! Nada, pues, en la etiología, puede inclinarnos a operar.

B) Bacteriología de las infecciones. Bien sabido es la endeble ayuda que el estudio de la fórmula bacteriana puede prestarnos para instituir el tratamiento. Frente a la frecuencia de la curación en casos de evidente presencia del estreptococo, aún cuando el hemocultivo ha sido transitoriamente positivo, no es posible fundarnos en la presencia de ese agente patógeno para legitimar una operación. La constatación del poder hemolizante de algunos tipos de estreptococo detendría nuestra acción, pues que excepcionalmente escapan a la muerte las mujeres asi infectadas y algunas mueren tan rapidamente (3 - 4 días), que no es ni siquiera posible llegar a un diagnóstico preciso.

C) Escalofríos. Asombra ver a clínicos eminentes fundamentar en una fórmula aritmética el criterio intervencio-

nista. Los escalofríos, ni por su número, ni por su duración, ni por la cifra térmica a que alcanza el termómetro, constituyen un factor de decisión. Nuestras dos enfermas tuvieron: la primera, 8 escalofríos y la segunda, 3. La temperatura llegó en la primera a 41° y 180 pulsaciones; la segunda, a 41.8. ¿Y acaso no hemos visto curar enfermas con 10, 15 y 20 escalofríos y persistentes temperaturas superiores a 39° durante muchos días?

D) Accidentes embólicos. El valor de la embolia visceral y particularmente pulmonar, hace muchos años que se aquilata como índice de un proceso tromboflebítico. Nuestra primera enferma tuvo una embolia subpleural y entre los numerosos casos observados en nuestro Servicio, la mayor parte de las veces este accidente ha coincidido o precedido de poco los accidentes trombósicos de las venas de los miembros inferiores. En este mismo momento tenemos en el Servicio una mujer infectada gravemente, con una flegmasia alba dolens bilateral, abcesos periflebíticos, en la que presumo una tromboflebitis pelviana, que no podría afirmar, pues no me he atrevido a movilizar a la enferma para examinar su pelvis, que ha hecho un síndrome infeccioso de gravedad extrema, con hemocultivo de estreptococo varias veces positivo y que, sin embargo, parece estuviera en vías de vencer su infección (su hemocultivo es ahora negativo), después de haber sido tratada por autovacuna y suero antiestreptocósico a alta dosis. Esta enferma ha hecho muy probablemente una embolia pulmonar que no ha modificado fundamentalmente su estado. (1)

E) Estudio del estado general. La noción corriente es que en las tromboflebitis pelvianas sépticas, el estado general se conserva bueno durante mucho tiempo, contrastando con la repetición de los escalofríos y las altas temperaturas. Tiene mucho de trágica la paradojal euforía de esas mujeres condenadas irremisiblemente. Es, tal vez, en la persistencia de este relativo equilibrio orgánico que está presente el móvil de nuestras intervenciones, pues que es en casos de este orden que el tocólogo impotente en su terapéutica se arriesga a la intervención. Pero es tan impreciso el límite entre el es-

(1) La enferma curó completamente.

tado de resistencia y el que precede a la derrota final, que no es posible acertar con el momento realmente propicio.

F) Resultados del abceso de fijación. No es mi ánimo terciar en el debate sobre el valor del abceso de fijación. No me atrevería a afirmar que cura las infecciones, pero su valor como índice es para nosotros indiscutible. En nuestro Servicio es de noción corriente que cuando el abceso es francamente positivo, las enfermas no mueren.

Habría, pues, en esta constatación un factor favorable a la intervención. Pero, ¿acaso no hemos visto numerosas enfermas curar espontáneamente cuando el abceso fué positivo?

G) Diagnóstico preciso de la lesión. Si es cierto que con frecuencia puede hacerse el diagnóstico directo de la lesión venosa, más de una vez es la marcha clínica, el trazado térmico con grandes oscilaciones, los escalofríos. la triade que nos lleva al diagnóstico presunto de tromboflebitis. Nuestras dos enfermas nos prueban que aún con signos clínicos evidentes, es posible la curación. No hay que olvidar que alguna vez se palpan cordones venosos trombosados en casos en que la marcha clínica no acompaña un cuadro febril típico. Es que en esos casos, es muy posible que se trate de trombosis asépticas grávido-puerperales, y su presencia — como lo demuestra la evolución — no tiene significado patológico.

H) Valor del momento de la decisión operatoria. El cuadro de Miller transcripto más arriba, es poco convincente.

Las intervenciones de la primera semana dan 69.3 % de curaciones; los de la quinta, 74.5 %, en las demás el porcentaje oscila entre 40 y 50 %. ¿Cuántos cirujanos se atreverán a abrir el vientre en la primera semana, cuando apenas empieza a esbozarse el cuadro clínico, habituados a ver, como lo estamos, modificarse favorablemente en el curso de la segünda?

¿Y el porcentaje elevado de las curaciones de la quinta semana, no representaría una coincidencia significativa con el momento en que el organismo inicia su victoria?

Como se ve, poco aleccionador es el balance efectuado.

Convencido de la utilidad, en los casos graves, que puede prestar la ligadura venosa, aún con todas las sensatas objeciones y restricciones formuladas por muchos maestros, no me creo autorizado actualmente para precisar reglas formales para determinar el momento operatorio.

No es grato confesarlo, pero a mi juicio, hoy, como en 1912 lo decían Vanvert y Paucot en la Reunión de la Sociedad de Obstetricia de Francia: "Es imposible formular indicaciones precisas de la intervención quirúrgica: operar o abstenerse es igualmente legítimo. Las condiciones del medio y el temperamento del cirujano, tendrán mucha influencia en la decisión a tomar".

No es esta una confesión de nihilismo; el capítulo de las vacunas y sueroterapias locales y generales aún no está cerrado; nuevos índices biológicos de la resistencia orgánica a las infecciones deben ser estudiados; la técnica de las ligaduras debe estudiarse de nuevo a la luz de las lesiones encontradas en la autopsia que explican la muerte después de una más o menos prolongada supervivencia y que parecen susceptibles de ser evitadas.

Pero es menester que se viertan al debate todos los documentos clínicos y en particular los casos desfavorables, para extraer de los fracasos la lección provechosa que propiciará los triunfos terapéuticos.

Pero con todas las reservas indicadas no cabe duda que de tiempo en tiempo el estudio ceñido de un caso de tromboflebitis puede llevarnos al acto operatorio. ¿Cuál será la vía y la técnica más convenientes?

La intervención se ha hecho siguiendo tres direcciones. vía extraperitoneal, vía vaginal, vía transperitoneal.

Vía extraperitoneal. — Empleada por Trendelenburg, Von Herff, Lenhartz representa teóricamente la menos peligrosa, pues en ella se trata de evitar la contaminación peritoneal. Contra ella pueden hacerse las siguientes objeciones:

1.° No permite abordar sino una mitad pelviana para cada incisión;

2.° La protección peritoneal es muy relativa si los vasos trombosados no son fácilmente accesibles;

3.° La dificultad de exploración hace que con harta frecuencia se hayan ligado vasos indemnes y desapercibido los realmente trombosados. Además las maniobras se hacen casi exclusivamente con el contralor del tacto, lo que explica que operadores de talla hayan ligado un uréter confundiéndolo con una vena;

4.° La incisión no permite la fácil y completa exploración de las regiones yuxtauterinas, en las que pueden encontrarse lesiones complementarias o motivos de contraindicaciones en la ligadura venosa;

5.° Finalmente es la vía que ha dado, y probablemente por las razones más arriba expuestas, la mortalidad más alta.

Vía vaginal. — Sin ser adversario de la vía vaginal, más aún juzgándola con el ecléctico criterio operatorio que debe guiar a todo ginecólogo, una vía irreemplazable en un cierto número de situaciones patológicas genitales, no creo tampoco que sea la ideal.

Es evidente que reduce al mínimum el traumatismo; no puede negarse que algunas de las venas pelvianas pueden por ella ligarse, pero opino que contra ella hay dos objeciones capitales:

1.° No permite llevar la ligadura hasta el punto requerido por poco que el trombus, particularmente hipogástrico, se acerque al punto de abocamiento ilíaco, y menos aún si se extiende a la ilíaca primitiva o a la cava inferior;

2.o Las maniobras necesarias para la inspección y ligadura venosas, tienen que acompañarse de una movilización y una atrición incompatibles con el temor justificado de una facil fragmentación del trombus. Además para el caso, que quisiera hacerse le resección venosa o la evacuación a la manera de Baldwin, la defensa peritoneal queda fuertemente comprometida.

Si agregamos a esto la necesidad de vías de acceso vulvo vaginales 'amplias, habremos determinado las razones que nos hacen desechar la via vaginal como método de elección.

Agreguemos que aunque el número de casos publicados es corto, con excepción de la serie de Taylor de Birmingham (3 casos 3 curaciones) la mortalidad es alta.

Vía transperitoneal. — Para los que tienen el hábito de la cirujía abdominal, es el método más preciso y innocuo.

Innocuo porque practicada con las precauciones habituales y en caso de encontrarse lesiones irreparables, permite la clausura del vientre sin mayores inconvenientes para la enferma. El caso del doctor Infantozzi ya citado, demuestra la innocuidad para una enferma que se juzgó perdida.

Preciso, porque ayudándose a la posición de Trendelemburg extrema, de la valva pubiana Doyen y del marco de Faure, se tiene un amplio campo de inspección, una visión exacta de las lesiones apreciadas por la vista y el tacto, que permite encarrilar la intervención de la manera más racional.

La vía transperitoneal es la única que facilita las ligaduras altas y complejas que en los casos puros son un simple ejercicio de medicina operatoria, siempre que se siga una técnica correcta.

Esta técnica que hemos descripto en la relación del primer caso y que es la aconsejada por Quenu y Duval en 1898 para la ligadura bilateral de la arteria hipogástrica, como tiempo previo de la resección del recto, es la que impedirá gruesos errores como el de Leopold, confundiendo la vena con la arteria, o el de Lenhartz ligando el uréter.

Resueltos a abordar las venas por vía transperitoneal y constatada la lesión venosa, que supondremos aislada para simplificar la discusión, podremos optar: 1.° por la ligadura, 2.° por la resección, 3.° por la evacuación venosa con o sin histerectomía y drenaje.

1.° Ligadura. — La mayor parte de los autores se ha contentado con la ligadura por encima del trombus. Es la intervención más inofensiva y es la que ha dado el mayor número de curaciones.

La duda surge sobre la altura a que debe hacerse y el número de vasos que debe comprender.

Es indudable que la ligadura de la cava inferior es arriesgada, pero si se tiene en cuenta que el trombus ha disminuído su potencialidad circulatoria, es de suponerse que la circulación de retorno ya está asegurada por otras vías colaterales que normalmente tienen una importancia secun-

daria. En los raros casos que se ha hecho, la ausencia de trastornos de este órden permite hacer caudal a la hipótesis antedicha.

En general, bastará hacer la ligadura en el punto de desagüe de la hipogástrica, sin temer hacerlo, por las razones expuestas, en la iliaca primitiva. Para la espermática se hará en el punto que sale del ligamento ancho, por lo general libre.

La ligadura aislada de los vasos trombosados ha dado buenos resultados, pero el caso de Fromme, en el que después de la remisión favorable, la enferma muere por invasión de una vena reconocida sana en la operación, obliga a reflexionar sobre la utilidad de ligar los cuatro principales troncos de desagüe de la zona genital las espermáticas y las hipogástricas.

A este respecto conviene no olvidar una disposición descripta y figurada por Kownatzky en su hermoso Atlas: "Las venas de la pelvis". Me refiero a la iliaca mediana que a veces desagua en la iliaca primitiva o en la cava, por encima de la hipogástrica y que por ser vectora de la sangre de las regiones istmica y superior del útero es susceptible de verter en la circulación general, los gérmenes de esas regiones infectadas.

El estudio detenido de las instructivas figuras del mencionado Atlas enseña además la complicación extrema de la red venosa pelviana durante el estado grávido puerperal, sus irregulares anastomosis y la necesidad de las ligaduras altas para bloquear la evacuación de la sangre infectante.

2.° Resección. — A la ligadura se ha agregado en ciertos casos la resección. Es indudable que el peritoneo corre riesgo de infectarse; pero no es imposible proceder como en los casos de anexitis supuradas, protejiendo la vecindad del campo operatorio y resecando con el gálvano o el termocauterio. Por mi parte, dado los buenos resultados de la ligadura simple, más breve y menos traumatizante, opino que debe reservarse la resección a los casos de abcesos flebíticos; tengo sin embargo, la impresión que frente a tal constatación, existen grandes probabilidades de invasión circulatoria total por el estreptococo, y la mortalidad consecutiva a los casos de resección, abona tales presunciones.

3.° Evacuación. — Baldwin publicó en el "American J. of Obstetrics" de 1915, una serie de casos de tromboflebitis tratados de la siguiente manera: Histerectomía transperitoneal total, ligadura aislada de los troncos arteriales, expresión de las venas y evacuación del coágulo, relleno de la pelvis con gasa yodoformada y amplio drenaje vaginal; sutura del asa sigmoide al contorno pelviano para aislar la gran cavidad peritoneal. En todos los casos el útero contenía abcesos de variadas dimensiones. Sobre cuatro operadas, perdió una sola por embolia pulmonar tardía.

Como se ve, es una serie que impresiona favorablemente, aunque la técnica tenga una apariencia un tanto exagerada; la frecuencia de los abcesos uterinos merece ser tenida en cuenta en el porvenir. Pero hasta ahóra es el único autor, a mi conocimiento, que haya seguido esta técnica y una prudente reserva es de órden.

En resumen: nuestra preferencia va hacia la ligadura venosa por vía transperitoneal.

La extensión que hemos dado a la fase quirúrgica de la cuestión, no nos debe hacer olvidar que, aunque menos brillante, otra conducta puede dar resultados más favorables que las mejores operaciones. Quiero referirme a la profilaxis de la tromboflebitis.

Una serie de hechos bien observados permite abordar con éxito la cuestión.

La tromboflebitis se observa por excepción en las clases acomodadas, y allí la he visto siempre seguir a la provocación criminal del aborto, por profesionales e instrumentos sépticos. En general, la tromboflebitis es patrimonio de las mujeres pobres. Mal nutridas, cansadas, autointoxicadas, portadoras en su inmensa mayoría de lesiones cervicales gonocóccicas, varicosas y procidentes genitales, mal atendidas en sus partos, en los que la inercia uterina del alumbramiento y su consecuencia la hemorragia, son frecuentes, operadas tardíamente en los casos de distocia, por todas estas razones no es de extrañar que aporten a la estadística un caudal considerable de tromboflebitis.

Una mirada retrospectiva nos demuestra que a pesar de

esto, en los servicios clínicos donde van a terminar su calvario estas mujeres, la tromboflebitis tiende a disminuir, después de haber alcanzado su acmé allá por los años 1885 al 1905.

¿A qué responde esto?

En el período de tanteos, cuando tambaleante la Obstetricia, entraba en la zona de acción el método listeriano, se obligaba sistemáticamente a las puérperas a un reposo prolongado en demasía.

Más tarde, como siempre sucede, la reacción llevó a muchos ginecólogos a los excesos del levantar precoz, propuesto por la escuela alemana.

Una apreciación más exacta de los hechos, nos hizo siempre partidarios del "levantar oportuno" y de la "movilización precoz".

Los resultados brillantes obtenidos por la gimnasia abdominal en los procesos congestivos pelvianos hace tiempo demostró su utilidad como medio de regularizar esa circulación. Si añadimos a esto que la inmovilización prolongada se traduce en trastornos de diferentes órganos, particularmente en pereza intestinal, factor tan importante para la agresión microbiana o toxémica de las venas pelvianas, se comprenderá porque en mi clientela y en mi Servicio, pasadas las primeras horas subsiguientes al parto, aconsejo la libertad de movimientos, guiándome para el levantar, por la marcha de la involución genital y la evolución del puerperio.

Al mismo propósito profiláctico responde el tratamiento intensivo de las lesiones genitales y el racional de las autointoxicaciones gravídicas. Con ese objeto también hemos luchado en el Uruguay y conseguido nuestro objeto, de que la grávida pobre sea protegida durante el embarazo y llegue al parto fuerte y robusta, vigorizada física y mentalmente por la conciencia de que su estado ha sido vigilado celosamente, como factor eficiente de fuertes y sanas generaciones próximas.

La vigilancia del alumbramiento y el puerperio, no solamente del punto de vista capital de la asepsia, sino también de la involución y retracción uterinas, como medio de reducir al mínimum las trombosis fisiológicas asépticas sobre las que pueden ingertarse las infecciones, deben ser consideradas como detalles de importancia.

Deliberadamente no hemos querido hacer entrar en estas lecciones los otros tipos de tromboflebitis susceptibles de ser estudiadas en Ginecotocología. Aunque numerosos lazos de unión existen entre ellas y las tromboflebitis puerperales, tienen modalidades propias de aparición, marcha y terminación, cuyo estudio detallado alargaría en demasía la presente exposición. Por otra parte, su historia está casi definitivamente hecha, en particular la de la tromboflebitis post-operatoria, de suerte que el interés de su estudio es en este momento incomparablemente inferior al de los tipos puerperales.

Metrorragias del puerperio

La circunstancia de tener simultáneamente en el Servicio dos mujeres con esta complicación tan frecuente del puerperio, me induce a presentarles una revista de conjunto que les permita en cada caso aplicar la más adecuada terapéutica y como esta está íntimamente ligada al diagnóstico, insistiremos en él, pues que nos dará la clave de las soluciones clínicas.

La primera de nuestras enfermas que acaban ustedes de examinar conmigo es una segundípara que tuvo un parto normal el 24 de marzo de 1930; con excepción de una prolongación anormal de su loquiación sanguínea (más de un mes), no parece haber presentado síntomas que pudieran llamar su atención. El 3 de mayo — cuarenta días después del parto — aparece una metrorragia muy abundante con estado ligeramente febril (37.4). En el mometno del examen su estado general es bueno; el tacto vaginal y la palpación abdominal combinadas nos muestran un cuello uterino desgarrado en estrella y de pequeño volumen; el cuerpo uterino en retroflexión y latero-versión izquierda; los anexos se palpan fácilmente, pues que acompañan al útero en su desviación pero no son dolorosos ni aparentan lesión seria. (marzo 12). Después de un día de apirexia que señala el fin de la metrorragia (15 de mayo), la escena cambia; la temperatura asciende de nuevo, aparecen dolores hipogástricos y el cuadro pelviano se ha modificado completamente. Hay signos evidentes de pelviperitonitis y perianexitis.

¿Qué tiene pues nuestra enferma? A un trastorno de su estática genital añade ahora una complicación infecciosa. Agazapada la infección en el cuello, que ahora muestra abundante secreción muco purulenta, ha aprovechado la menstruación para dar lugar a un empuje de agudización. Lo probable es que la metrorragia no haya sido sino la expresión de

una menstruación perturbada por la desviación uterina y por el estado latente de infección; intercambio de procesos patológicos en extremo frecuentes. La otra enferma nos muestra un cuadro totalmente diferente.

IX para, ha tenido 6 partos y 3 abortos de 1, 2 y 4 meses. Hace tres meses tuvo un aborto y desde entonces pierde sangre casi sin interrupción. El 10 de mayo de 1930, ha tenido una metrorragia mucho más abundante que de costumbre y como el 12 se repitiera decide hospitalizarse.

Examen. — Tinte anémico generalizado y acentuado enflaquecimiento; genitales externos de multípara, cuello uterino con signos de vieja cervicitis, cuerpo en anteflexión y retroposición. A la derecha los anexos se palpan normales, pero hay un voluminoso ramillete de varicocele pelviano. A la izquierda se percibe la trompa de la forma y dimensiones de una banana pequeña, movible y completamente indolora. Estamos, pues, en presencia de una lesión antigua talvez no agena a los repetidos abortos — y un estado general deficiente.

Formulamos pues, el diagnóstico de anemia crónica por metrorragias prolongadas, varicocele pelviano a la derecha, hidrosalpinx izquierdo, cervicitis crónica.

La actual metrorragia parece por su cronología corresponder a una menstruación y a ello inclina también el hecho que en un segundo examen encontramos el varicocele mucho más turjescente que en el primero.

La descripción clínica de los dos casos que actualmente ocupan nuestra atención demuestran cuán difícil es hacer una exposición sintética de las metrorragias postpuerperales y a la vez la necesidad de individualizar cada caso para determinar la terapéutica oportuna.

Bien saben ustedes que en todo puerperio fisiológico no solamente hacia el fin de la tercer semana debe haber cesado todo flujo vaginal, sino también que dentro de ese plazo la pérdida sanguínea de origen uterino debe tener ciertos caracteres precisos para ser considerada como normal. Abundante y francamente sanguínea durante las primeras 48 horas, menos abundante hasta el fin de la primer semana; serosangui-

nolenta hasta el fin de la segunda y serosa, apenas teñida hasta el fin de la tercera. Cualquier modificación dentro de este ritmo, clínicamente exacto, debe llamar la atención y promover un examen local y general.

Una primera división, cronológica, nos permitirá una orientación que pocas veces desmiente el examen.

A. Dentro de las primeras cuarenta y ocho horas toda metrorragia podrá ser tributaria: 1.° de un desgarro cervical o uterino; 2.° de una atonia parcial o total del útero; 3.° de una retención membranosa o cotiledonar o molar; 4.° de una inversión uterina.

B. Más tarde aparecerán: 1.° la subinvolución uterina; 2.° las retrodesviaciones de ese órgano y 3.° las transformaciones de los restos ovulares normales o patológicos.

Pero esta primera división cronológica está subordinada a otros factores, de orden genital o extragenital cuya búsqueda debemos hacer: 1.° la infección genital; 5.° la hemofilia; 4.° las enfermedades capaces de provocar congestiones pelvianas (cardiopatías, nefropatías, pneumopatías); 2.° las lesiones cervicales o uterinas anteriores al parto y no diagnosticadas (neoplasmas, fibromas); 5.° las lesiones anteriores del aparato genital susceptibles de haberse agravado por el embarazo, el parto, las intervenciones practicadas en este o en el puerperio.

Como estas eventualidades pueden sucederse o combinarse en variadas formas, justifícase cuanto decíamos al iniciar estas consideraciones.

La búsqueda del origen de la metrorragia será facilitada o dificultada según que el parto o el aborto no hayan sido atendidos personalmente o que por lo contrario todas las etapas hayan sido vigiladas por nosotros. Como se comprende en este caso automáticamente podremos eliminar algunas causas como el alumbramiento incompleto y los desgarros genitales que habremos podido tratar ejerciendo la más eficaz de las profilaxis de un gran número de metrorragias del puerperio. Nuestras dos enfermas, cuya semiología es tan compleja, ofrecen de ese punto de vista lagunas anamnésicas que sólo un análisis ceñido de sus signos y síntomas podrá

subsanar. Procedamos pues al estudio detallado de cada uno de los factores de las metrorragias post-puerperales.

En ciertos casos la lesión traumática es tan evidente que sería imperdonable no diagnosticarla; pero no siempre es así. Hay que desconfiar de lesiones mínimas, que transitoriamente pueden no sangrar y sin embargo luego, por su persistencia, obligar a prestarles atención.

Dejemos de lado las pseudo-metrorragias, hemorragias tributarias de lesiones vulvo-vaginales que transitoriamente hemostasiadas por un coágulo dan luego lugar a hemorragias abundantes y tenaces: he visto una vez una mujer a la que por dos veces en espacio de pocas horas se le había hecho un buen taponamiento uterino, omitiendo ver que la verdadera causa era un estallido del vestíbulo y del clitoris.

Los desgarros del cuello si bien sangran precozmente — a menudo antes de la salida de la placenta por cuya razón más de una vez se hacen alumbramientos artificiales inútiles — pueden por oclusión transitoria no sangrar, si no después de algunas horas. A la costumbre útilísima de no separarse de una recién parida sin haber inspeccionado con espéculo o valvas el estado del cuello, debe agregarse la de practicar esta inspección a poco que el estado del cuerpo uterino aleje la idea de una hipotonía hemorragípara.

Es a esta hipotonía—la llamada inercia—que corresponde el mayor número de metrorragias precoces.

Es en efecto la musculatura paresiada por un trabajo prolongado, por una distensión gravídica, por el uso intempestivo de ocitócicos la que se muestra incapaz de ejercer su acción de "ligadura viviente" sobre la abundante red sanguínea uterina parietal.

Pero así como en general esta hipotonía es total y fácil de diagnosticar: útero voluminoso, blando, con retención de coágulos y sangre líquida, perezoso a las excitaciones, alguna vez he visto, particularmente después de largos períodos de expulsión, con estacionamiento prolongado de la presentación en el segmento inferior, así como frecuentemente en los casos de placenta baja, una hipotonía parcial, segmentaria, muy engañosa, pues que puede coexistir con el cuerpo

uterino retraído y fácilmente contractil, con un verdadero y traidor "globo de seguridad". En estos casos, el cuerpo uterino está siempre más elevado de lo normal y basta hacer presión sobre su fondo para que irrumpan hacia el exterior masas de coágulos inesperados, pero que por su volumen explican los signos de anemia aguda, que sorprenden a quienes no conocen esta modalidad de hipotonía parcial, porque a las veces la enferma no ha perdido visiblemente sangre.

Con menos frecuencia, y casi siempre asociada a un cierto grado de hipotonía, la retención de membranas o de fragmentos placentarios puede hacer sangrar. No siempre es fácil reconstituir el saco membranoso cuando se ha disociado y dilacerado y por lo que respecta a la placenta no deben ustedes olvidar que un cotiledón, un grueso cotiledón accesorio puede quedar retenido si se olvida la elemental precaución de mirar al trasluz las membranas, lo que permite ver la interrupción brusca de un pedículo vascular al nivel del borde roto, pedículo que nutría a dicho cotiledón.

Finalmente, muy rara vez, por suerte para las enfermas, una inversión uterina dará lugar a metrorragias de intensa gravedad. No me refiero aquí la inversión clásica, dramática, total, fácil de diagnosticar, que puede matar a una mujer en pocos minutos, sino a esas formas incompletas, tal vez más frecuentes de lo que se afirma, y que son el resultado de atonías parciales consecutivas al empleo abusivo del extracto hipofisiario.

Pasados los primeros dos o tres días los loquios normales pueden adquirir por su abundancia el carácter de una verdadera metrorragia y como muy raro será que si ya tenían ese carácter no haya sido diagnosticada y tratada la complicación, debe pensarse en otro grupo de causas.

Aparece en primer término la subinvolución, tan a menude ligada a la infección uterina de la que pronto nos ocuparemos.

La subinvolución aislada del útero aséptico es frecuente y está subordinada por lo general a la hipotonía de las grandes sangradas, o de las deficientes orgánicas por miseria, o enfermedades anteriores capaces de engendrar una insuficiencia energética general (tuberculosas, convalescientes).

Es común que esta subinvolución no se presente aislada pues casi siempre — y esto aumenta su frecuencia — se acompaña de la subinvolución del aparato ligamentario uterino que facilita la retroversión y a veces la retroflexión uterinas. El examen sistemático de todas las puérperas permite diagnosticar un cierto número de malposiciones uterinas que explican la persistencia y la abundancia loquiales, tributarias de los trastornos circulatorios — en particular congestión venosa — inherentes a la nueva situación del órgano.

Menos frecuentemente aún encontraremos como causa de las metrorragias una afección cervical o corporal anterior al parto y que hubiera pasada desapercibida; así pude una vez examinar a una mujer que habiendo sangrado ligeramente antes del parto — hemorragia que se atribuyó a una placenta previa — y continuara sangrando en abundancia 15 días después, tenía una ulceración neoplásica del labio posterior que había pasado desapercibida a la persona que atendió el parto.

Más interesante por su rareza es la observación siguiente: Multípara, con menstruaciones abundantes, ha tenido dos partos normales. En el curso del tercer embarazo pierde sangre entre el 2.° y 3.er mes. A ocho meses y medio tiene una hemorragia abundante que hace pensar, por sus caracteres, en la placenta previa. Parto espontáneo de un feto vivo. Alumbramiento espontáneo de una placenta que muestra los estigmas de una hemorragia retroplacentaria. Dos horas después copiosa hemorragia. Como al tercer día tuviese 37.8 y siguiera perdiendo sangre en cantidad abundante, examino a la enferma con el doctor Cortabarría y al través del cuello percibimos una masa del tamaño de una naranja, adherente a la pared uterina por un grueso y corto pedículo. Me doy acceso al tumor con una histerotomía vaginal mediana y en vista de su volumen, de sus conexiones y del estado infeccioso del útero terminó por una histerectomía vaginal. Convalescencia solo perturbada por algunos días de fiebre y alta en buen estado a los 20 días de operada. El examen del tumor y del útero demostraron la existencia de miomas edematosos con numerosas hemorragias intersticiales.

También poco frecuente es la persistencia de metrorragias por la transformación de elementos sinciciales en corio - epitelioma. Las hemorragias que esta temible neoplasia provoca se caracterizan por la abundancia, la repetición y muy particularmente por la rápida y progresiva anemia. Si es cierto que el corio-epitelioma sigue en general a la mola hidatiforme, alguna vez puede observársele después del más normal de los alumbramientos y cuando la metrorragia adquiera los caracteres que hemos indicado no debe titubearse en practicar una completa exploración uterina.

Actualmente tenemos en el servicio, y ustedes han presenciado el acto operatorio a que la sometimos, una enferma cuyo estado aún nos inquieta. Vimos inmediatamente instalarse después del parto un estado de serio schok simple; mujer muy indisciplinada pidió el alta al cuarto día para volver pocos días después anemiada a fondo por una muy seria hemorragia. Se la trató enérgicamente pero nos llamó la atención no solamente la persistencia de una loquiación abundante sino también la rapidez de su anemización que llegó a cifras alarmantes (G. R. 1.300.000). Una exploración intrauterina nos mostró un tumor no pediculado, sangrante y una infiltración parametrial. Esta enferma fué sometida a una histerectomía abdominal subtotal con vaciamiento retrógrado del cuello; la pieza examinada histológicamente resultó un pólipo placentario; he pedido se practique un nuevo examen pues esta enferma ha presentado posteriormente una sombra radioscópica pulmonar..

Actualmente y bajo la influencia de varias transfusiones sanguíneas ha mejorado ligeramente, pero aún conservo temores con respecto a la naturaleza de sus lesiones parametrial y pulmonar.

Pueden igualmente dar origen a metrorragias loquiales las afecciones susceptibles de determinar congestiones pélvicas, como ser el enfisema o las cardiopatías, pero más frecuente es ver el síndrome en las mujeres que, poseedoras de un varicocele pélvico anterior, lo han agravado con un reciente embarazo; una de nuestras enfermas, como han podido ver ustedes, tiene, entre otras lesiones, un acentuado varicocele del ligamento ancho.

La hemofilia, rarísima complicación que he visto una sola vez en mi vida profesional mató a la enferma con hemorragia variadas y profusas, de las que la uterina era una de las más importantes.

Pero si la hemofilia es muy rara como complicación de un puerperio, no lo son ciertas infecciones generales.

La grippe y la viruela son típicamente hemorragíparas durante el puerperio; en una de las graves epidemias de viruela de principios de este siglo ví morir con metrorragia profusa una mujer en la que ese signo, un rash escarlatiniforme y la circunstancia de haber fallecido en la misma casa otras dos personas atacadas de viruela permitió hacer el diagnóstico; en ese caso la enferma murió antes de las 48 horas siguientes al parto, sin signos de infección genital. La grippe, que en las formas severas interrumpe con frecuencia el embarazo, se acompaña con frecuencia de metrorragias del puerperio.

Estas metrorragias infecciosas nos conducen a estudiar un último tipo de metrorragias del puerperio, las ligadas a la infección puerperal.

A este respecto es necesario distinguir dos tipos: A Metrorragias con retención placentaria. B Metrorragias sin retención

A. En este caso la metrorragia adquiere una importancia muy grande por el hecho que la endometritis concomitante contraindica toda maniobra de evacuación uterina y como veremos al ocuparnos del tratamiento justifica el máximo radicalismo terapéutico.

B. Este tipo de metrorragias es aún más grave pues es tributario a la vez que una hipotonía uterina tóxica, del carácter hemolítico de la infección microbiana.

Esta larga enumeración comprende pues desde las causas en las que la contemplación es posible y oportuna hasta aquellas en las que la más radical y precoz de las terapéuticas quirúrgicas puede fracasar.

La multiplicidad de causas, la frecuente asociación de varias de ellas justifica que frente al síndrome metrorrágico del puerperio debamos proceder a exámenes generales

y locales completos y detallados para conseguir su desaparición y como casi siempre será en la zona genital en la que encontraremos la clave del problema es el examen en etapas el que determinará el diagnóstico preciso.

Cuanto llevamos dicho y alguno de los ejemplos relatados nos eximen de dar al estudio del diagnóstico una mayor extensión.

De mucho mayor interés es para ustedes extendernos en lo referente al tratamiento y para ello esquematizaremos sus principales elementos, terminando con el tratamiento especial de cada una de las enfermas que motivan esta lección.

Lesiones traumáticas — Toda efracción o pérdida de substancia del canal genital debe ser cuidadosamente reparada; esceptuaremos para el periné los casos manifiestamente infectados "sub-partu" y aquellos en los que existe un edema considerable anterior o concomitante del parto. En el primer caso la sutura será inútil y contraproducente; sus bordes no adherirán y su acercamiento momentáneo sólo servirá para el desarrollo abundante de la flora microbiana en vaso cerrado, con su consiguiente acrecentamiento de virulencia.

Si el edema es considerable, los tejidos son marcadamente friables y la sutura los corta en los días siguientes; al reabsorberse la serosidad no hay coaptación correcta.

En estos casos es preferible colocar un apósito aséptico o mantener el gota a gota de Solución Carrel y a las 24 o 48 horas proceder a una sutura secundaria.

En caso de infección hay que resignarse a la sutura tardía; pero haya edema o infección, si la sutura está contraindicada, es imprescindible proceder a la más cuidadosa hemostasis.

Hipotonía uterina sin infección — Corregidas las causas generales que pueden esplicarla, evacuados por suaves maniobras externas los coágulos contenidos en la cavidad, opino que tenemos en la inyección parietal uterina, transabdominal o vaginal, de solución de cloruro de Adrenalina al 1|1000 un medio eficacísimo de obtener una enérgica con-

tracción; me ha parecido que su acción es menos violenta y más prolongada que la del extracto hipofisiario posterior. Algunas veces, y esto sucede a menudo en las hipotonías parciales del segmento inferior, es conveniente inyectar la Adrenalina después de aplicar un correcto y apretado taponamiento intrauterino; pero lo que desaconsejo enérgicamente es la acumulación de ocitócicos (Adrenalina, extracto hipofisiario, ergotina) con las que a veces se pretende combatir una hipotonía rebelde. Mucho más preferible es en estos casos aplicar, después del taponamiento, una buena ligadura de Momburg. sustituída después de algunos minutos por el saco de arena hipogástrico (2 o 3 kilogramos), y las tracciones continuadas y sostenidas sobre el cuello uterino; no debe olvidarse que las modificaciones de consistencia de los tejidos bajo la influencia de la gravidez permiten en estos casos prensar las uterinas al través del espesor de los fondos de saco vaginales, con pinzas de Museux de dientes simples. En época remota cohibí dos gravísimas hemorragias por este procedimiento tan sencillo.

Afortunadamente jamás me he visto en el caso de tener que hacer una histerectomía vaginal, pero es una solución en la que debe pensarse antes de que la situación se vuelva desesperada. La acción hemostática de la transfusión sanguínea debe agregarse a la influencia salvadora de esta intervención.

Retención de anexos ovulares. — Sabida es la inocuidad de la retención de membranas y aún de fragmentos de placenta en campo aséptico, pero cuando ella se acompaña de hemorragias la evacuación se impone; pero para que esta intervención se justifique y pueda defenderse es indispensable, absolutamente indispensable estar seguro de la asepsia clínica de la cavidad. La menor maniobra intrauterina de extracción en campo séptico puede ser el punto de partida de accidentes de la mayor gravedad. La convincente estadística que acompaña el trabajo "princeps" de Couvelaire sobre metrorragias del puerperio séptico, mi experiencia personal, el ejemplo trágico de un caso operado por uno de mis primeros asistentes que desoyó mis consejos, todo contribuye a mi enérgica hostilidad a la evacuación uterina en los casos de infección.

Pero alguna vez hemos estado abocados a hemorragias de tal magnitud o persistencia que nos han obligado a intervenir; para esta eventualidad nos ha dado resultados favorables el taponamiento suave y lentamente practicado con gasa empapada en alcohol absoluto o solución de formol al ½ o al 1 % y eso siempre que se trate de infección moderada sin repercusión general.

Para los casos en los que la retención se acompaña de infección seria o grave no queda otra vía de posible salvación que la histerectomía vaginal o abdominal, según la vía que se muestre más fácil y adecuada. En uno como en otro caso hay ventajas en hacer esta intervención dejando las pinzas de hemostasis a permanencia durante 48 horas y en el caso de optar por la vía abdominal, colocando un saco de Mickulicz.

Subinvolución uterina. — Si la encontramos aislada el empleo del extracto hipofisiario posterior a la dosis de ½ cc. cada 4, 6 u 8 horas, según la marcha del caso, y de las irrigaciones vaginales prolongadas y repetidas, a alta temperatura (3 o 4 litros, 41 a 43 grados), cohiben en general la hemorragia en poco tiempo. Si a la subinvolución acompañan la retroversión o la retroflexión deberá hacerse preceder este tratamiento, por la reposición manual y el decúbito ventral prolongado, con evacuación metódica y frecuente de la vegiga y exoneraciones intestinales diarias.

Inversión uterina. — Cuando esta complicación ha tardado en producirse, muy raro es encontrar la variedad total; casi siempre se encontrará una porción de cuello en el que se ha invaginado el cuerpo uterino. Dentro de los primeros 6 o 7 días es muy raro que el taxis o a la aplicación de un globo de Champetier de Ribes en la vagina no reduzca la inversión; si así no fuera o si viéramos a la enferma después de la primer semana sólo cabría la intervención quirúrgica, en la que debemos tener presente que el obstáculo está siempre en el cuello, siendo por lo tanto insuficiente o malo todo procedimiento que no haga desaparecer este obstáculo.

Tumores y neoplasias. — Aunque la aplicación del radium pueda presentar dificultades, alguna vez tendrá que ha-

cérseles frente para tratar de vencer en su marcha a los neoplasmas del cuello de tipo inoperable. Pero es raro que esto suceda; por lo general el latigazo que la gravidez imprime al neoplasma se produce en sus etapas iniciales y Peralta Ramos nos ha demostrado con una eficiente estadística que también la gravidez facilita las amplias histerectomías requeridas en estos casos.

Ya han visto ustedes la conducta que seguimos en un caso de mioma sangrante; no insistiremos pues, sobre la necesidad de la intervención operatoria.

Frente al corioepitelioma diagnosticado o vehementemente sospechado la histerectomía se impone con más evidencia, pues que es bien sabida la marcha rápida de la neoplasia sincicial.

Enfermedades generales o locales extragenitales. — En estos casos, y cuando el examen local elimine toda duda, es el tratamiento médico enérgica y oportunamente aplicado el que ocupará el sitio preeminente. No debemos olvidar que con gran frecuencia la transfusión sanguínea dará tiempo a que la medicación ejerza su acción.

Infección puerperal metrorrágica. — Cuanto hemos dicho sobre la retención de anexos ovulares con infección uterina es aplicable a esta causa de hemorragia. El pronóstico rápidamente infausto de esta variedad de infección puerperal autoriza todas las audacias y si de algo tenemos que arrepentirnos es de habernos dejado llevar más de una vez por la justificada repulsión para mutilar a mujeres en plena capacidad concepcional. La alta mortalidad — que sólo en parte podrá corregir la histerectomía — debe atribuirse a que por lo general hemos demorado uno o dos días en operar; en la enferma cuya intervención presenciaron ustedes recordarán que había signos de peritonitis incipiente que no parecían datar de más de 24 horas. Es evidente que en ciertas formas de estreptococcia hemolítica, que vemos de cuando en cuando en el pabellón de infectadas y que matan a las enfermas con síndromes purpúricos en 2 o 3 días, poco podremos esperar de una intervención por más radical que ella sea. Para estos casos y a la espera de ese suero, vacuna u otro medio específico de tratar la infección puerperal no tenemos otro recurso

que la sueroterapia antiestreptocóccica a dosis elevadas por vía intravenosa que hemos visto alguna vez actuar con beneficio asociada a la antigangrenosa.

De lo expuesto no dudo sacarán ustedes la impresión que las metrorragias del puerperio merecen detener nuestra atención por ser un síndrome de causas y evolución muy variables y complejas, que exige una atención sostenida para adaptar a cada caso la terapéutica adecuada.

Sistematizar el tratamiento, emplear rutinariamente los ocitócicos (Ergotina, E. H.), demostrará incuria e insuficiencia de cultura médica o muy mediocre preparación clínica.

Por lo que respecta a las enfermas que les he mostrado he aquí el programa que nos proponemos llenar:

La primera de ellas presenta un cuadro pelvi-abdominal infeccioso agudo que por el momento contraindica cualquier indicación activa. Nos contentaremos con el reposo en posición de Fowler, hielo sobre el hipogastrio, suero glucosado rectal caliente a la Murphy e irrigaciones vaginales calientes; tal vez le agreguemos luego el caldo Delbet.

Si como lo esperamos la crisis es vencida esperaremos, no poco, para estar ciertos que todo riesgo de recaída ha pasado y entonces trataremos su cervicitis. Solamente para el caso que el síndrome subsiguiente a la curación de estas lesiones pudiera atribuirse a su desviación uterina haríamos su corrección quirúrgica.

No deben ustedes olvidar que muchas son las retroversiones bien soportadas y hasta ignoradas y que en nuestro medio muchas son las mujeres — más o menos desequilibradas del abdomen y del cerebro — que benefician de esta ignorancia.

La segunda enferma exige en primer término una corrección de su anemia; ya se han iniciado las transfusiones sanguíneas moderadas y repetidas. Cuando su fórmula sanguínea sea normal o se le acerque será el momento de pensar en una intervención quirúrgica.

Amputación vaginal del cuello; laparatomía y exploración de los órganos genitales internos; si ella nos diera los mismos resultados que el examen clínico practicaremos la ligadura de los ramilletes de varicocele y la salpingectomía

izquierda; otras intervenciones complementarias dependerán de las lesiones encontradas.

De todo lo dicho y en particular del estudio de nuestras dos pacientes, extraerán la conclusión del polimorfismo etiológico de las metrorragias del puerperio y de la frecuencia con que la menstruación y en particular la primera menstruación consecutiva al aborto o al parto señala el estallido de síndromes hemorrágicos o infecciosos como los que acaban de observar.

El estado de schock en Ginecotocología

Hay palabras afortunadas; ya por su valor eufónico, ya porque condensen una concepción concreta o las más de las veces vaga, pronto son adoptadas y también adaptadas con discutible discernimiento; la palabra "schock" es una de ellas.

No es mi ánimo entrar a discutir a fondo su valor, ni a dilucidar la proteiforme patogenia que se le atribuye.

Me limitaré a estudiarlo en el campo de nuestra especialización y trataré de encontrar un hilo conductor entre los numerosos hechos que se han publicado bajo esa denominación.

Entendámonos, ante todo, sobre el significado del estado de "schock". La definición de Gwathmey es la más clara y completa:

"El "schock" es un síndrome caracterizado por la caída de la presión sanguínea, la debilidad reaccional de los centros nerviosos a los estímulos físico - químicos, la rapidez del pulso, la respiración superficial, la disminución de los reflejos cutáneos la transpiración fría, el descenso de la temperatura periférica y el estado mental eufórico."

Las experiencias de laboratorio han permitido determinar un cierto número de factores predisponentes al estado de "schock" cuya existencia puede coincidir, ya con el estado grávido puerperal, ya con ginecopatías, ya con intervenciones tocúrgicas o ginecológicas.

Las caquexias, las manipulaciones intraabdominales, el enfriamiento visceral, la prolongada anestesia, la duración exagerada del acto operatorio, la inanición y las toxemias, la reabsorción brusca de sustancias tóxicas provenientes de un foco infeccioso o traumático, la deficiencia endocrínica, son otros tantos factores predisponentes que encontraremos a poco que estudiemos cada caso aislado.

A ellos seguramente, debemos atribuir la terminación, a las veces imprevista, de operadas cuyo estado no autorizaba grandes temores.

Pero para este grupo de casos las consideraciones son comunes con el estudio del "schock" quirúrgico y por eso no nos extenderemos.

La inhibición, un poco olvidada hoy, puede darnos la clave de otros estados inesperados de "schock", subsiguientes a intervenciones mínimas. Igual cosa diremos de la excitación del simpático sobre la que volveremos en breve.

En los viejos libros de Ginecología se señalan los síncopes consecutivos a la dilatación del cuello y a la histerometría.

Uno de mis antiguos y desagradables recuerdos profesionales es el siguiente: pocos meses después de haber abierto mi consultorio trataba a una joven por dismenorrea menstrual tributaria de una atresia cervical y cuello cónico.

Una tarde le coloqué un tallo de laminaria número 6, sin dificultad ni violencia. La enferma salió de mi casa y pocos minutos después venían apresuradamente a avisarme que "se había muerto en la esquina".

Felizmente tal cosa no había sucedido, pero en realidad se trataba de un verdadero estado de "schock", que persistió por espacio de casi dos horas, aún después de haber retirado la laminaria. Algunos años después pude observar en mi consultorio otra enferma a la que la simple introducción del histerómetro provocó un estado análogo que tardó 4 o 5 horas en desaparecer. En esa ocasión recordé haber oído a mis maestros, Doléris y Petit, señalar casos análogos. En la policlínica de mi servicio he podido observar un caso de "schock" pasajero (8 a 10 minutos) consecutivos a la introducción del histerómetro.

En el curso de mi actuación profesional me ha sido dado observar cuadros análogos después de curetajes uterinos sencillos y sin complicaciones.

Una vez estuve tentado de proceder a una laparatomía, tal fué la violencia del estado de "schock" y una persistencia que me hizo pensar en una hemorragia intraperitoneal que,

como lo demostraron múltiples exámenes ulteriores, no había existido.

En estos últimos años se han señalado observaciones de estado de "schock" consecutivos a hemorragias mínimas por rupturas de folículos ováricos, en los que sólo la susceptibilidad peritoneal, punto de partida de un reflejo simpático, podía entrar en línea de cuenta.

Nadie ignora que en los embarazos ectópicos, el estado de "schock" precede a menudo a la producción de la hemorragia cataclísmica. En el campo obstétrico he observado raros casos de la llamada por los viejos autores: forma sincopal del aborto.

La siguiente observación es típica:

Señora de M. — Primigesta, cultiva con pasión los sports.

Grávida de 3 meses aproximadamente y después de un largo partido de tennis, durante el cual resbaló y cayó, ve al llegar a su casa que la camisa tiene unas manchas de sangre; se pone en cama y me manda llamar. Como me fuera imposible verla de inmediato, llaman a otro colega a quien encuentro dos horas después muy alarmado por el estado de la enferma.

La encuentro en decúbito dorsal, en estado de indiferencia completa a su estado y a lo que la rodea, consecutivo a un breve período de excitación mental: fría, con pulso carotídeo rápido y filante (no hay pulso radial), excesivamente pálida. Los tonos cardíacos son sordos y acelerados.

La impresión es la de una muerte inminente; se me dice que no hay pérdida de sangre. Pienso en un embarazo ectópico roto, pero el examen es absolutamente negativo, lo que me tranquiliza a medias, pues sé cuán a menudo es pobre la sintomatología de la inundación peritoneal en sus comienzos.

Continúo la terapéutica tonicardíaca iniciada por mi colega, a la que añado suero caliente alcoholizado por vía rectal.

Tres horas después de la iniciación del síndrome se

anuncia una pequeña mejoría, pero al poco rato nueva agravación coincidente con la salida de una cucharadita de sangre roja por la vagina. Lentamente después de ésto el estado general mejora, a pesar de que se vayan acentuando las contracciones uterinas y la pérdida sanguínea.

El aborto espontáneo se produjo unas 15 o 16 horas después de iniciados los accidentes, sin que hubiera el menor asomo de nuevo "schock". Evolución posterior normal.

Esta observación nos coloca de lleno en el cuadro que se ha dado en llamar "schock obstétrico".

La primera mención de esta, que se ha querido hacer, nueva entidad, aparece en una comunicación de Wallich a la Sociedad Obstétrica de Francia (reunión de octubre de 1908). En esa ocasión refirió dos casos en los que observó fenómenos de "schock" muy alarmantes, sin hemorragias ni lesiones clínicamente constatables. Más adelante veremos el valor que esta afirmación puede tener.

En uno de los casos se trataba de un parto normal con un feto de 5 kilogramos, en el que se sospechó una ruptura uterina; la laparotomia exploratriz no demostró lesión alguna. En el otro, el estado sincopal apareció durante el alumbramiento; la extracción manual de la placenta hizo cesar los accidentes; Wallich se preguntaba si no habría alguna fisura de la pared.

En la discusión que tuvo lugar, Pinard dijo que ese estado de "schock" podía existir en mujeres en las que no existía lesión alguna y Doléris apoyó esta afirmación alegando que ciertas mujeres son extremadamente sensibles a la menor agresión genital.

Mantel, en 1911, en la sesión del 8 de mayo de la Sociedad Obstétrica de París, confirma los hechos presentados por Wallich.

Según él, los accidentes se observan más en los casos de "huevo grande" que de "feto grande"; la descompresión abdominal brusca provoca la isquemia bulbar. Cuando la pared abdominal es resistente atenúa los efectos de la descompresión, lo que explicaría los inconvenientes de la multigaridad. La rapidez de la expulsión es también, según él, un factor importante de "schock".

Como tratamiento aconseja no apurar el alumbramiento que aumenta el desequilibrio circulatorio abdominal.

Wallich hace notar que en general en los huevos grandes hay también fetos grandes.

Pinard hizo notar que la teoría de la isquemia bulbar no puede sostenerse porque en los partos múltiples no se observa el "schock". Lepage piensa que hay que disociar los casos de "schock" de aquellos en los que hay lesión uterina.

Mantel cerró la discusión diciendo que el grado de "schock" es variable, siendo el chucho del alumbramiento su manifestación mínima y volviendo a insistir en la sesión del 12 de junio en su teoría de la isquemia bulbar y contestando a la objeción de Pinard dijo que en los partos múltiples el "schock" no aparece porque la expulsión no es instantánea.

Wallich defendió la patogenia que había invocado haciendo al "schock" tributario de la distensión excesiva y rápida y a las veces del desgarro de la zona cervical.

Abrese aquí un largo paréntesis ocupado por la guerra y recién en 1919 Audebert y Claverie presentan en la sesión del 14 de mayo de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Tolosa las tres observaciones siguientes: 1.er caso. Segundípara de 25 años. U. R. del 17 al 25 de febrero de 1925. Sin antecedentes patológicos; primer embarazo y parto normales. Embarazo actual normal salvo una paresia del lado derecho sin trastornos sensitivos, probablemente de causa pitiática. Wassermann negativa, nada en el corazón.

El 7 de octubre de 1915 ingresa a la clínica habiendo perdido aguas el día anterior. Alt. ut. 27 centímetros, vértice movible, latidos fetales negativos, membranas rotas, cuello largo, permeable; apirexia, albuminuria ligera.

El 8 a las 14 horas fuertes dolores, dilatación completa; a las 14 y 30 expulsión de un feto muerto y macerado; a las 14 y 50 alumbramiento normal sin hemorragia. Pocos minutos después del alumbramiento empieza a perder un poco de sangre, pérdida que cede a irrigaciones vaginales y masages. El útero está contraído pero la enferma está pálida y ansiosa; tiene dolores abdominales, ahogos, temor de muerte próxima, escitación mental.

Se hace el tratamiento habitual por tonicardiácos, etc.

A las 15 y 30 el pulso hasta entonces miserable se hace perceptible a las 16 y 30 la enferma vuelve a su cama con pulso de 110.

Poco después la enferma se agita, hay pequeñas convulsiones faciales que se extienden a los cuatro miembros, pulso a 120, pequeño; respiración rápida y superficial. Este período dura proximamente un minuto y a él sigue un período de contracciones tónicas, trismus, cianosis, apnea; duración 30''.

Inmediatamente la escena cambia; hay depresión, palidez, decoloración de las mucosas, enfriamiento periférico, desaparición de los reflejos, corazón latiendo a 40-50 muy débilmente. Abdomen blando, no meteorizado. Utero pequeño, retraído, no hay hemorragia externa.

A las 17 y 30 la enferma muere con ese cuadro clínico.

Autopsia. — Toda la lesión perceptible se reduce a un desgarro incompleto del útero en su borde derecho, de 2 cms. y a otro en la cara anterior de 10 por 6 mm. que solo interesan la capa interna.

No hay hemorragia ni intra ni subperitoneal.

2.° caso. — Primípara de 23 años, 8 y 1|2 meses de embarazo. Todo marcha normalmente hasta el 12 de abril; ese día pequeña hemorragia.

Al examen, pulso a 64, vértice movible, membranas rugosas, placenta accesible a la izquierda. Se practica una amplia ruptura de membranas. A las 11 horas, primeras contracciones con buen estado general; el parto se produce a las 14 horas y 15, espontáneo, de un feto de 2.800 gr.

Desgarro perineal, alumbramiento espontáneo a las 14 y 55, sin hemorragia, pulso a 75.

A las 15 horas, bruscamente, chucho, enfriamiento periférico, sudor frío y viscoso, decoloración cutánea y mucosa, pulso incontable, tensión arterial muy baja.

Inteligencia normal, aunque las respuestas son lentas y difíciles, respiración rápida y superficial. Vientre blando, útero retraído, reacciona bien a la excitación térmica y mecánica. Se calienta a la enferma y se le administra cafeina, estricnina, suero, aceite alcanforado.

Al cabo de 30 minutos mejoría progresiva, pero a las 18 y 30 nueva recaída. Recién a las 20 horas la mejoría se mantiene. La enferma se siente muy cansada; se hace una envoltura compresiva del abdómen. Evolución ulterior sin accidentes.

3.er caso.—Primípara de 33 años, entra a la Clínica el 25 de febrero de 1914, a término. Primeros dolores el día anterior; vértice encajado en I. A.; cuello incompletamente borrado. Marcha lenta del parto; fórceps muy fácil el 26 a las 5 h. 45. Alumbramiento espontáneo, sin hemorragia. Pulso a 95.

En el momento de proceder a la sutura de un pequeño desgarro perineal se produce un cambio brusco en la enferma. Decoloración cutáneo-mucosa, angustia, pulso flojo e irregular a 114. Vagina intacta, útero contraído, abdómen flácido sin dolores. A las 7 h. pulso a 104, flojo, no hay ningún signo cardíaco anormal. Estado general inquietante, continúa la palidez, nariz afilada, enfriamiento periférico, sudores. Inteligencia conservada, no hay sufrimiento. No hay hemorragia, aunque el útero está blando y reacciona poco a la ergotina. La exploración intrauterina no denota lesión alguna. Se hace un taponamiento.

Agravación progresiva y muerte a las 7 h. 45.

Autopsia.— Utero pálido, no adherente, pequeños coágulos en su cavidad. No hay trombosis pelviana ni pulmonar. Corazón sano.

Wallich trató nuevamente el punto en la sesión del 10 de mayo de 1920 en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Paris.

Reclama para sí la prioridad en la denominación de "schock obstétrico". Después de describir el "estado de schock" se refiere a la teoría de Quenu para explicar el síndrome.

El útero, dice Wallich, es durante el parto asiento de traumatismos y atriciones, convirtiéndose así en un foco de toxialbúminas.

Así se explicaría el "schock" en los casos de parto prolongado, de fetos grandes, de dilatación muy rápida, con o sin desgarros.

Recuerda el "schock" precoz de las rupturas uterinas con lesiones pequeñas.

Admite la importancia de la retención azoada señalada por Couvelaire en los partos largos y la acidosis.

Para complementar su hipótesis acepta las reservas de Delbet que explica el "schock" tardío por la invasión microbiana del foco traumático.

Poco tiempo después, Fournier presentó a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Tolosa el siguiente caso: (sesión del 24 de noviembre de 1920): Obesa, 22 años, primípara, en trabajo desde 48 horas antes, dolores violentos.

Cabeza no encajada, movible en el E. S. Dilatación de 2 centímetros, cuello espeso, carnoso, orificios dolorosos, membranas intactas, promontorio accesible; la enferma está agitada y muy cansada. Dos horas y media después, como hubiera inercia se le da una inyección de extracto hipofisiario que se repite a las 9 horas; a las 11 horas ruptura artificial de las membranas a la dilatación completa, pero con cuello largo. La cabeza está muy elevada y la enferma muy agotada.

Se procede a la dilatación manual vagino - cervical sin anestesia. Fórceps alto, tres aplicaciones. Como el cuello obstaculizara la extracción se hacen dos incisiones. Extracción después de tres cuartos de horas de tracciones. Alumbramiento espontáneo 12 horas después; ergotina, vendaje abdominal. A la hora 1 y 10, cuadro clásico de "schock", acompañado de un vómito negruzco. Fournier piensa en seguida en la dilatación aguda del estómago y coloca a la enferma en decúbito ventral; enseguida de un abundante vómito, reacción favorable que se mantiene de las 2 horas y media a las 3 horas y media.

A las 3 horas y cuarenta y cinco minutos nuevo estado sincopal que cede como el anterior a la posición ventral y a un vómito. Recién después de las 5 horas y 30 la reacción se mantiene. Post-parto normal, salvo una ligera ictericia.

E. y Ch. Godlewsky presentaron a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Montpellier (sesión del 18 de mayo de 1921) el caso siguiente:

Señora de B. queda en cinta en la segunda quincena de enero de 1921. Ha tenido 5 embarazos y 4 partos a término. En el 5.° (1918) tuvo algunos raros vómitos y una astenia enorme que la obliga a guardar cama todo el embarazo.

Ptosis abdominal y genital que exige un pesario.

A fines de 1920, surmenage casero. Desde el 1.° de febrero de 1921 astenia, calambres, cefalea, nauseas, repulsión alimenticia. A mediados de febrero aparecen vómitos que se hacen pronto numerosos en el día.

1.° de marzo. — Vómitos frecuentes, penosos, no incoercibles, alternando con crisis de cefalea; mal aliento, gran astenia, apirexia, pulso a 80. Nada en las orinas; se ensayan sin resultado, varias opoterapias.

5 de marzo. — Se constata acidosis sanguínea, comenzándose la medicación bicarbonatada que, junto con el empleo de la adrenalina, provocan mejoría. Los vómitos desaparecen y la enferma se levanta. Hay hipoazoturia urinaria.

El 24 de abril, a las 5 horas, hemorragia, dolores uterinos; a las 18 horas, extracción de la placenta y de un feto muerto, ambos en la vagina. No hay hemorragia.

A las 20 horas, bruscamente, sin más prodromos que un ligero vértigo, se produce un síncope.

Hay bradicardia inmediata (40 por minuto) perceptible solo a la auscultación, pues no se siente el pulso; respiración rápida, pérdida del conocimiento. No hay hemorragia; útero contraído. Se dan tonicardíacos y el conocimiento reaparece, pero el pulso continúa imperceptible.

Una hora después, nuevo desfallecimiento; la noche pasa en alternativas diversas, accelerándose el pulso a medida que progresa la mejoría. A las 12 horas podía considerarse desaparecido el síndrome.

En la sesión del 14 de noviembre de 1921 Le Lorier expuso ante la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de París, bajo la designación de "schock" obstétrico" tres casos de los que solo relato uno, pues que los dos restantes son muy discutibles.

Señora de L., tiene una estenosis mitral discreta, ligero frémito catario diastólico con pequeño redoble; chasquido muy

acentuado de la mitral. Trabajo de parto de una hora apenas; cantidad de sangre perdida mínima; feto de 2.770 gramos.

Inmediatamente después, palidez, pulso filiforme, a 80 - 90. Estado sincopal que a pesar de los tonicardíacos empleados persiste desde las 21 horas hasta las 10 horas del día siguiente.

La literatura médica norteamericana registra numerosos casos de síndrome de "schock" en el parto o comienzo del postparto.

De Lee en su tratado de Obstetricia cita un caso de Hirt en el que una viuda concibe ilegítimamente y en el momento que se le muestra el hijo entra en grave estado de excitación mental al que pronto sigue un estado de "chock" en el que sucumbe rápidamente; en ese mismo libro cita dos casos personales curiosos; en uno de ellos el "schock" estalló después de maniobras violentas de alumbramiento por el método Crédé; en el otro el "schock" subsiguió a la extracción de un tapón vaginal muy apretado. La supresión de la ligadura de Momburg también figura en otra observación de "schock". Las fuertes impresiones cerebrales tienen en su activo algunos casos de "schock" (ya veremos, al discutir la patogenia, el importante papel que las investigaciones modernas dan a ese órgano).

Sue en su "Histoire des Accouchements", cita el caso de una mujer a quien una gitana había predicho que iba morir en el parto; fuerte y continuadamente impresionada varios meses, al terminar el parto repite varias veces su convencimiento de la exactitud de la predicción y cae rápidamente en estado de "schock", en el que muere.

Wiliams refiere un caso análogo en el que un estado de "schock" originado por análoga predicción cesó con una fuerte dosis hipodérmica de morfina, después de haber resistido a todos los excitantes y tonicardíacos empleados.

Respondiendo a otro mecanismo De Lee cita un caso personal en el que el "schock" se produjo después de un largo rato de respiraciones rápidas y superficiales con el objeto de evitar los esfuerzos expulsivos en espera del médico. (Acapnia).

Entre las numerosas observaciones de "schock" mortal inexplicables ¿cuántas se hubieran aclarado en la autopsia?

Entre los casos que he coleccionado encuentro: Pancreatitis aguda, aneurismas de la aorta abdominal, de la mesentérica, de la esplénica, hemorragia retroperitoneal...

La contribución sudamericana es también interesante.

En noviembre de 1914 el doctor Enrique Boero comunicó a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires la observación que resumo aquí:

Señora de F. de O., quintigesta, cuatro embarazos normales, un parto terminado por fórceps. En este embarazo el doctor B. es llamado porque el volumen del vientre hace pensar en el embarazo gemelar y porque en el parto anterior, después de la expulsión de un voluminoso feto, se había presentade una copiosa hemorragia.

El examen denotaba un útero tenso de 44 cm., de altura, pero no fué posible afirmar el diagnóstico de gemelidad; la enferma acusaba gran temor de muerte en el parto.

Este se produjo algunos días después, dando lugar, con intervalo de tres horas de inercia relativa, a la expulsión de dos fetos, uno de 4.300 y otro de 3.400 grs. Veinte minutos después escalofrío, palidez, ceguera, ansiedad y hemorragia calculada de 500 a 600 grs., que obligó a la extracción manual de la placenta. Es en este momento que B. la ve en estado lipotímico pero con conocimiento. Se emplean los tonicardíacos del caso, lo que no impide la repetición, progresivamente atenuada, del estado sincopal durante más de dos horas. Una hora después nuevo estado alarmante que dura 5 horas y que solo cede a una inyección de pantopón.

Evolución ulterior normal.

Posteriormente en setiembre de 1918 el doctor Bermann presentó a la misma Sociedad el caso siguiente:

Primípara nerviosa y colítica, con ligera viciación pélvica; trabajo de parto de 16 y 1|2 horas de duración de las cuales 4 para la expulsión espontánea de un feto de 3.000 grs. Dos horas después es llamado B. para extraer la placenta desprendida, pero colgando en la vagina de las membranas adherentes.

La enferma está inmóvil, indiferente, fría, no hay pulso radial, corazón que late a 180; el estado se agrava al cambiar de posición para extraer la placenta. Cuerpo y cuello uterinos íntegros, el primero bien contraído; la pérdida no ha sido superior a 500 grs.

Este grave estado persiste durante casi 6 horas a pesar de los tonicardíacos empleados; entonces por consejo del doctor Boero se administra morfina, que hace atenuar el síndrome. Sin embargo, y a pesar de una evolución normal, el pulso a los 5 días late aún a 120 y pone un mes en llegar a 85.

En esa misma sesión el doctor Thwaites Lastra refirió el buen resultado de la morfina en un caso personal y el profesor Peralta Ramos comunicó un caso en el que, sin hemorragia, después de un forceps fácil, la enferma falleció en estado de "schock".

En el "Repertorio de Medicina y Cirujía" de Bogotá, el doctor Buendia publicó en el número de noviembre 19 de 1919 seis casos de "schock" consecutivos a partos y abortos normales en su evolución, atribuyendo a la multiparidad un valor decisivo en la etiología del síndrome. La epinefrina por vía hipodérmica parece haberle dado buenos resultados.

Finalmente, el malogrado profesor Arnaldo Quintella, bajo la designación de "síndrome depresivo súbito en el comienzo del post-parto", comunicó a la Sociedad de Docentes libres de Río de Janeiro (1.° de setiembre de 1920) ocho observaciones de estado de "schock" consecutivo a partos normales o con mínimas hemorragias. En algunos de sus casos hizo notar la inercia uterina sin hemorragia. Todos esos casos evolucionaron hacia la curación.

He dicho más arriba que en el curso de mi actuación profesional he visto algunas veces estados pasajeros de "schock" que no merecen ser referidos en detalle. Relataré sólo algunos graves que contribuirán a demostrar la patogenia y la etiología proteiformes del estado de "schock".

El 22 de noviembre de 1902 fuí llamado apresuradamente por el Dr. G. para ver en consulta una de sus clientes. Se trataba de una multípara a la que después de un parto de breve duración y con inercia uterina el colega le había prac-

ticado un fórceps muy facil en la vulva; alumbramiento inmediato y espontáneo.

Un cuarto de hora después palidez, dispnea, pulso filiforme. La veo casi enseguida, pues vive cerca de mi casa. La enferma no pierde una gota de sangre; útero bien contraído, que la exploración manual demuestra indemne en su cuerpo y cuello. Ningún signo cardíaco anormal, inteligencia conservada, dispnea, cianosis, enfriamiento periférico. Se tienta una sangría de 150 grs. que no da ninguna mejoría y que se suspende en vista de la agravación de los síntomas. Muerte menos de una hora después del comienzo de los accidentes.

Señora de C. — Primipara de más de 35 años. — Parto prolongado, inercia relativa por insuficiencia de la contracción.

Como la cabeza se detuviera más de una hora en la vulva, sin que la resistencia perineal fuera excesiva, practico una fácil aplicación de fórceps en O. P., extrayendo un feto de 2,300 grs. Alumbramiento simple por expresión. No hay hemorragia. 20 minutos después la enferma empieza a quejarse de un vago malestar y en menos de 5 minutos se instala un cuadro completo de "schock" muy alarmante. El útero bien contraído no sangra; no hay tampoco coágulos vaginales. El cuadro de "schock" persiste casi toda la noche a pesar de un enérgico tratamiento. Hacia las 6 de la mañana se inicia una reacción favorable que se hace definitiva a las 10 horas, quedando sin embargo, el pulso entre 110 y 115, regularmente tenso.

A las 7 de la mañana la palpación profunda del vientre permite percibir una resistencia yuxta-uterina que se va acentuando cada vez más hasta dar en la tarde la sintomatología propia del trombus subperitoneal. Evolución ulterior sin accidentes; reabsorción muy lenta del hematoma (3 meses).

En 1903 observé con el Dr. V. el siguiente caso:

Enferma con metrorragias persistentes desde algunas semanas atrás. El colega me invita a acompañarle a practicar un curetaje uterino. El estado general de la enferma, aunque denota un poco de anemia, es bastante satisfactorio. Al pinzar el cuello, la enferma acusa una sensación de desfalleci-

miento muy breve; ella anuncia la desaparición y pide la continuación de las maniobras. Se pasan sin dificultad algunas bujías de Hegar y antes de introducir la cureta, el colega me pide constate la altura del fondo; introduzco una pequeña cureta de Sims, mientras con la mano abdominal sostengo el órgano. En el momento de tocar el fondo uterino con la cureta se produce una brevísima convulsión, la enferma palidece, accelera su respiración, el pulso radial desaparece, pero la inteligencia se conserva. La enferma tiene la sensación de una astenia invencible, sus cuatro miembros ceden, la pupila se dilata.

Inmediatamente se inyecta aceite alcanforado y cafeina.

Este estado persiste casi una hora, mejorando luego con bastante rapidez. A la tarde la enferma sólo acusaba un poco de astenia.

Señora de Ca. — Multípara, ha tenido muy mal embarazo: vómitos, astenia, mareos. No hay nada anormal en la orina. A 8 meses de embarazo, primera hemorragia pequeña; diagnostico placenta previa.

En el curso de ese mes tiene tres pequeñas hemorragias de 50 a 60 grs. cada una. A mediados del noveno mes se inicia el trabajo; lento, con contracciones cortas y muy penosas que causan mucho dolor a la enferma.

Siendo la dilatación como una palma de una mano y como hubiera una leve pérdida de sangre practico la amplia ruptura de las membranas. Casi enseguida hay signos de sufrimiento fetal. Completo manualmente la dilatación y extraigo rápidamente por versión un feto pequeño vivo. Aprovecho de inmediato para hacer el alumbramiento artificial. La intervención no ha durado en total más que 8 minutos; no hay hemorragia de importancia.

Mientras la partera vigilaba el cuerpo uterino que estaba bien contraído la enferma empieza a bostezar, palidece, tiene vértigos, se enfría y su pulso se hace incontable en la radial. Se pone en práctica el tratamiento clásico y durante 4 horas la enferma con su conciencia bien conservada y con una euforía alarmante asiste indiferente a todas las enérgicas medicaciones que se ponen en práctica para reanimarla.

Recién después de cerca de 7 horas de lucha se consigue la reaparición permanente del pulso radial, pero aún durante varios días persiste una astenia muy acentuada. Ligera endometritis puerperal. Curación.

La larga enumeración que me he visto en el caso de hacer responde a fundamentar una primera afirmación: el estado de "schock" o un síndrome parecido pueden aparecer bajo la influencia de causas diferentes en extremo.

En un primer grupo de observaciones un estado anterior de deficiencia o de agresión orgánicas explica el síndrome; pero muchas descripciones son incompletas o confusas y no siempre puede justificarse la denominación, si queremos atenernos a la precisa definición de Gwathmey.

¿La observación de Le Lorier (estrechez mitral), es un verdadero estado de "schock" clásico? Cabe más pensar en una brusca deficiencia miorcárdiaca que en el "schock" por agotamiento.

En el caso de Fournier el síndrome es claro, pero la causa ya es distinta: una dilatación aguda del estómago.

Delbet ha señalado y todos hemos visto el "schock" terminal de las septicemias peritoneales (schock séptico); los asistentes del Servicio recordarán, sin duda, una de las últimas cesáreas, operación tardía y conservadora por voluntad de la enferma. Al final del tercer día aparecieron fenómenos gravísimos de aparente "schock" que en un par de horas mataron a la enferma; la autopsia demostró una peritonitis purulenta generalizada.

El "schock" post-hemorrágico es bien conocido; pero el análisis ceñido de las observaciones permite distinguir dos tipos distintos en el curso de las afecciones hemorragíparas.

En un primer grupo el estado de depresión progresiva es coincidente con el aumento creciente de la hemorragia y porporcionado a su cantidad.

Es un segundo grupo el estado de depresión es precoz, previo al derrame sanguíneo suficiente para modificar la circulación, la respiración y el metabolismo orgánico y desproporcionado con la cantidad perdida, como lo demuestra la observación clínica ulterior o la intervención quirúrgica. Ejem-

plo de ello son los casos citados más arriba de hemorragias mínimas o de síndromes anteriores a la constatación de un derrame perceptible clínicamente.

Fuerza es pues, en estos casos, atribuir el síndrome depresivo a otro mecanismo.

La extraordinaria riqueza nerviosa de toda la zona genital, la intrincada red simpática que se aloja en los mesos y en las vecindades del útero y del ovario dan base suficiente para admitir que cualquier estímulo sensorial (ruptura, distensión, agresión instrumental, dilatación rápida o brusca) puede ser el punto de partida de un reflejo depresivo de múltiples órganos (corazón, cerebro, tubo digestivo, suprarrenales).

No olvidemos tampoco que el origen embriológico del sistema innervador de una parte importante de la zona genital puede contribuir a explicar la sinergia funcional génito-surrenal.

La propia localización de la red simpática explica por qué lesiones subperitoneales pueden provocar el síndrome. No debe dudarse que un estado inflamatorio previo de la serosa peritoneal — como pasa en la peritonitis — facilita y agrava la rapidez y la intensidad de la excitación simpática. Primitivo preparado por alteraciones anteriores o secundario a una inhibición funcional de origen simpático, el hiposurrenalismo condiciona el cuadro clínico y lo superpone al de la insuficiencia surrenal. El caso de Godlewsky, una observación presentada por mí a la reunión Ginecotocológica de la casa de la Maternidad en 1920, robustecen esta hipótesis patogénica.

Hasta el caso citado de ''schock'' consecutivo a una ligadura de Momburg hace pensar en la importancia que la brusca congestión venosa y capilar esplánenica pueden tomar para explicarlo, reproduciendo así algunas experiencias de laboratorio.

Pero al lado de estos casos de etiología evidente hay un gran número en los que hay que rebuscar factores ocultos y para su dilucidación fuerza nos es recurrir a los estudios recientes.

Crile y su escuela, cuya influencia es menester reconocer

en todo lo que se refiere al estudio del "schock", en una serie de experimentos ingeniosos y pacientes ha ido aclarando las vías de acceso a una solución racional.

Tres hechos señalados por casi todos los observadores merecen señalarse: 1.° la estagnación venosa y, sobre todo, capilar del sistema circulatorio abdominal y en particular mesentérico; 2.° la acidosis; y 3.° el agotamiento cerebral.

Agréguese a esto la influencia que sobre el funcionamiento hepático y suprarrenal tienen el cansancio muscular, las emociones violentas y prolongadas, el insomnio y la infección.

Comparemos el estado de instabilidad orgánica y funcional de un gran número de puérperas o de embarazadas con el de los animales sometidos a las demostraciones del "schock" experimental y veremos aparecer analogías sugerentes.

Pero hay más; obsérvanse casos de "schock" tan semejantes al llamado choque coloidoclásico que de inmediato la comparación se justifica.

No hay que olvidar que en algunos casos de "schock" han podido observarse micro-embolias grasosas pulmonares. Zweifel hace ya muchos años que las señaló aún en el puerperio normal. ¿El chucho inmediato, llamado fisiológico, no será un esbozo de choque coloidoclásico por penetración brusca de fragmentos de vellosidades coriales en la circulación?

Los más recientes estudios de Crile tienden a demostrar la sinergía funcional hepático-surreno-cerebral. Las alteraciones hepático-surrenales subsiguen a todas las formas de agotamiento, hasta el simple insomnio. El cerebro, órgano noble, fundamentalmente destinado a funcionar sin reservas orgánicas, se defiende la acidosis merced a un hiperfuncionamiento hepático-surrenal. La epinefrina indispensable para el funcionamiento del mecanismo vaso-motor central y cerebral disminuye, según Elliot y Cannon, en los csaos de agotamiento por infección y por emoción; Crile obtiene idénticos resultados.

Dentro de las numerosas incógnitas que aún encierra el problema, estos hechos abren horizontes insospechados.

Otra afirmación nos interesa y a ella nos referiremos al

estudiar el tratamiento: las dosis macizas de morfina o de protóxido de ázoe atenúan los efectos del "schock" experimental por traumatismo o emoción.

Por su parte la extasis capilar facilita la falta de oxidación y la acidosis tisular (Archibald y Mac-Lean).

Esta disminución del consumo de oxígeno puede descender hasta el 50 y 45 % acompañándose de una profunda depresión del metabolismo.

En sus experiencias Henderson y Haggard provocan el "schock" por prolongada y grave estimulación sensorial y a su vez Crile lo anula por medio del bloqueo de los nervios periféricos o administrando un anestésico que impide que las celulas cerebrales se exciten. Crile también hace notar como pueden actuar secundariamente como agentes de agotamiento: la circulación defectuosa, la insuficiente ventilación pulmonar, la anemia, la acidosis previa, la hemorragia, las enfermedades hepáticas y surrenales que aminoran el funcionamiento de estos órganos.

La hipótesis de Quenu sobre la toxemia por desintegración albuminoidea y reabsorción, tiene su aplicación posible en Obstetricia.

¿Qué otra cosa que un traumatismo muscular interno es un parto prolongado, laborioso, instrumental? ¿Qué mejor ocasión para una absorción maciza de resíduos celulares, de ácidos orgánicos, de toxi-albúminas que la súbita retracción uterina post-expulsiva y las vigorosas contracciones que la subsiguen? Esta toxemia, es pues, un factor digno de tenerse en cuenta, máxime que los partos prolongados, dolorosos, operatorios, se acompañan de un desgaste cerebral por hiperexitación sensorial y psíquica que por sí solo es factor de agotamiento.

No olvidemos también que muy a menudo esos partos son función de estados patológicos anteriores, tóxicos o infecciosos altamente perturbadores del metabolismo orgánico.

La múltiple y proteiforme patogenia del "estado de schock" en Ginecotocología plantea una cuestión previa.

¿La denominación "schock obstétrico" o "schock ginecológico" es justificada?

El origen, la evolución, la terminación y hasta el trata-

miento, son tan distintos, según los casos, que fuera aventurado englobar con la misma denominación estados tan disímiles unos de otros.

La centralización bajo un nombre común tendría el serio inconveniente de dar una ficticia unidad a un síndrome que exige interpretaciones variadas y a menudo dificilísimas.

A pesar de los progresos que las investigaciones de los diez últimos años han contribuído a iluminar uno de los más complejos problemas de la Patología, es indudable que apenas empezamos a vislumbrar una lejana solución.

El análisis de los numerosos casos señalados en el curso de este trabajo hace resaltar la importancia del diagnóstico a la vez que los escollos que jalonan la ruta.

En un primer grupo de casos una gruesa lesión provoca un "estado de schock" más o menos completo; en un segundo grupo un estado patológico anterior lo prepara y da la voz de alarma; en un tercer grupo el "schock" aparece inopinadamente y simula o enmascara casos del primer grupo. ¿Cómo desenmarañar la situación?

Eliminemos por el momento el segundo grupo; de él nos ocuparemos al hablar de la profilaxis.

Para el primero y tercero se impone un diagnóstico diferencial. ¿Es esto fácil? ¿Es siempre posible?

Ni una ni otra cosa. Las perforaciones viscerales, genitales o extragenitales tienen signos algunas veces evidentes (defensa muscular, inmovilidad parietal), que unidos a una anamnesis ceñida y no limitada a la inmediación cronológica del accidente pueden, sino permitir siempre el diagnóstico exacto por lo menos justificar la intervención exploradora. Es evidente que los casos de "schock" por estímulo sensorial (histerometria, curetaje), pueden ser tan engañosos que lleven a la laparotomia.

Más trabajado ha sido el diagnóstico diferencial entre el "schock" y la hemorragia, sobre todo interna. Berkeley y Bonney han sintetizado en un cuadro bastante aceptable los signos diferenciales de este diagnóstico.

Signos comunes al "schock" y a la hemorragia:

Palidez, piel fría y húmeda, temperatura subnormal, pulso blando y pequeño.

Signos diferenciales:

Schock	*Hemorragia*
Venas superficiales llenas.	Venas superficiales vacías.
Quietud e indiferencia.	Ansiedad, inquietud.
Respiración rápida y superficial.	Respiración profunda, laboriosa, ansiosa.
No hay sensación de desvanecimiento.	Hay desvanecimiento.
Por la presión se enrojece la yema de los dedos.	Por la presión la yema de los dedos permanece pálida.

Este cuadro sería perfecto si con tanta frecuencia no se agregara al síndrome hemorrágico el síndrome de ''schock' puro (ruptura de embarazo ectópico, hemorragia retroplacentaria, ruptura uterina).

Conviene, sin embargo, conservarlo como guía de diagnóstico. Podría agregarse el aumento de la leucocitosis en la hemorragia y su disminución en el ''schock''.

El relativo olvido de una complicación obstétrica no rara (dilatación gástrica aguda), puede llevar a la terminación fatal por desconocimiento de la causa del ''schock'' y de su tratamiento tan fácil como eficaz. Pero aquí también se interponen las observaciones en las que la dilatación gástrica no obedece al mecanismo clásico, sino es función de un estado paralítico a las veces extendido a gran parte del tubo digestivo. Fuera de las causas diagnosticables es indudable que en cierto número de casos de curación o de muerte sin autopsia, grandes dudas pueden quedar en el ánimo del tocólogo.

Hay, pues, evidentes ventajas en estudiar a fondo la semiología de cada caso de estado de ''schock'' para limitar a los casos indiscutibles la mencionada denominación.

Llegado a este diagnóstico, ¿cuál será el tratamiento?

Aquí las experiencias largamente relatadas más arriba nos serán de positiva ayuda.

Boero y Williams, empíricamente, obtuvieron, lo mismo que Bermann, éxitos con la morfina. Hemos visto ya la importancia del bloqueo cerebral para atenuar las acciones de los factores "schockígenos".

La experiencia de la cirugía de guerra demostró la ineficacia de los tonicardíacos en muchos casos de "schock"; son el espolazo al caballo cansado.

Justificado está, pues, el empleo de la morfina a dosis suficiente y de los anestésicos: protóxido de ázoe en primera línea, éter muy atrás, cloroformo nunca por su acción tóxica sobre el hígado. Debemos agregar por su frecuente eficacia, el enema de café caliente.

¿Cabe hablar de profilaxis del "estado de schock"?

Eliminemos la profilaxis de las lesiones viscerales, bien conocida. La profilaxis de las toxi-infecciones, la vigilancia estrecha de las insuficiencias orgánicas, la correcta higiene personal y colectiva, la defensa de la grávida pobre, la profilaxis de las distocias, el parto análgico, la buena instrucción ginecotocológica reducirán al mínimum los estados preparatorios del "schock".

A esta profilaxis que podríamos llamar remota, debemos agregar otra que es el resultado de las nuevas concepciones del estado de "schock". La importancia de evitar la estimulación cerebral aboga en favor de la anestesia y sobre todo de la anoci-anestesia, del bloqueo nervioso regional como factor deprimente del estado de "schock". Intervención breve y reglamentada cuidadosamente, supresión del estímulo sensorial sintetizarán este aspecto de la profilaxis proximal.

El pronóstico es aún más difícil de establecer que el diagnóstico; las dudas que sugiere este último obligan a pronósticos individuales estrictamente ligados a todas las circunstancias que han precedido y acompañado la aparición del síndrome.

Para los casos de "schock" sin base traumática visceral o de bien establecida deficiencia endócrina, el tratamiento clásico por los tonicardíacos tenderá a agravar el pronóstico, no

solamente porque como lo demuestran numerosas observaciones constituyen un verdadero "espolazo a caballo cansado", sino porque alejan el momento de allegar a los centros nerviosos el medicamento capaz de permitirles el reposo y la renovación celular indispensables para llenar sus funciones directrices.

La cuestión está lejos de agotarse; las considerables y numerosas incógnitas de la fisiología y de la patología grávido-puerperal nos reservan tal vez sorpresas. Pero el estudio que antecede no ha sido inútil. El demuestra una vez más la necesidad imperiosa, que desde hace muchos años sostengo, de la unión íntima de la Ginecotocología con las demás ramas de la Medicina, la importancia del estudio de la Patología general aplicada a nuestra especialidad y, sobre todo, el valor excepcional de las experiencias de laboratorio racionalmente conducidas y correctamente interpretadas.

En resumen podemos afirmar:

1.° El estado de "schock" encuentra en numerosas situaciones de la clínica ginecotocológica ocasiones de presentarse.

2.° La denominación de "schock obstétrico" es inapropiada porque conglomera hechos de etiología, patogenia y evolución imposibles de comparar y porque en ellos el factor obstétrico no es predominante.

3.° Las toxi-infecciones del embarazo y del parto y los traumatismos de toda la zona genital aún fuera del estado grávido puerperal pueden dar motivo a la aparición del "schock".

4.° La importancia del rol que desempeñan el sistema nervioso simpático y el aparato glandular endócrino obligan a continuar las investigaciones clínicas y de laboratorio en el sentido de ahondar el estudio de su Fisiopatología.

5.° El diagnóstico diferencial del estado de "schock" con otros similares es a menudo difícil, pero siempre indispensable.

6.° La profilaxis del estado de "schock" es posible en numerosas eventualidades.

7.° En los casos de schock" puro, la administración de los anestésicos y analgésicos (morfina, protóxido de ázoe), está indicada de preferencia a los tonicardíacos clásicamente aconsejados.

Obliteración del cuello uterino durante el trabajo de parto

Entre las situaciones desagradables en que puede encontrarse el médico general, cuando es llamado a intervenir obstétricamente, la obliteración del cuello uterino constituye por su gravedad una de las más acentuadas y desconcertantes, pues que la naturaleza puede a las veces dar un desmentido al pronóstico racional que por primera impresión pudiera formularse.

Felizmente se trata de una eventualidad muy rara cuya etiología y patogenia presentan grandes oscuridades.

He aquí los cuatro casos que he podido observar en muchos años de ejercicio de la Obstetricia.

1.er caso. — El día 11 de enero de 1904, a las 20 horas era requerido urgentemente por madama Cúneo para examinar a una antigua cliente, Virginia R., que estaba en trabajo de parto desde 48 horas antes. Los antecedentes que poseía eran los siguientes: en 1900 se le había practicado en la clínica Ginecológica de la Facultad una operación plástica del cuello uterino. En 1902 y 1903 había sido asistida por mí de una anexitis izquierda. El tratamiento empleado fué el habitual: inyecciones calientes, óvulos ictiolados, toques vaginales de tintura de yodo. En ningún momento, durante el tratamiento, pude constatar signos de atresia uterina; la menstruación se hacía con toda regularidad a pesar de su lesión anexial; nunca hubo ni hidro ni hematometría. Las últimas curaciones fueron hechas en junio de 1903. Volví a ver a la enferma en diciembre de 1903 ya en cinta de 5 a 6 meses según ella, por una piodermitis del ombligo. No me señaló ningún trastorno en la marcha del embarazo.

Inopinadamente supe, pues, su estado y obtuve los datos siguientes: ruptura del huevo y salida del líquido amniótico

el 9 de enero en la mañana, aparición de las contracciones el 11 de madrugada, feto vivo en presentación de nalgas, ningún signo de dilatación cervical.

Examinada inmediatamente, constaté lo siguiente: Vagina amplia y dilatable; su fondo esta ocupado por un tabique hemisférico, elástico, regular, salvo en su parte central que presenta una pequeña depresión coronada por un espolón semi lunar de concavidad dirigida hacia atrás y abajo. No es posible penetrar con el dedo en esa depresión que manifiestamente corresponde al O. E. Al través de ese tabique, cuya consistencia aleja toda idea de una esclerosis, se sienten con toda claridad los miembros y las nalgas del feto. La imposibilidad de operar a la enferma en su casa y la urgencia de la intervención, hacen que aconseje su envío al Hospital Maciel, indicando al médico interno que me parecía útil practicar la cervicotomía. Con gran sorpresa, leí al día siguiente en un diario político que se le había hecho una operación cesárea.

A la amabilidad del doctor Vecino debo los apuntes que siguen sobre el estado de la enferma hasta el momento de la operación: ''Estado general bueno. Latidos fetales algo acelerados y sordos. Presentación de nalgas; no se puede hallar el orificio uterino. Aguas perdidas: salida de meconio en pequeña cantidad. En el fondo de la vagina, feto accesible al tacto al través de un delgado tabique blando en toda su extensión menos en una superficie casi lineal de 3 centímetros de largo, situada transversalmente y próxima al lado del pubis. Operación cesárea por el doctor X., feto semi asfixiado, respira bien al cabo de 10 minutos. Después de la operación, al examen vaginal, un filete de sangre que sale permite ver un estrecho orificio uterino al través del cual cabe una sonda acanalada, terminando con esto el acto operatorio''.

Interesado por el caso, ví a la enferma el 13 a las 16 horas es decir, próximamente 40 horas después de la intervención. Supe que en presencia de los accidentes sépticos que rápidamente presentó la enferma, se habían hecho saltar las suturas abdominales y uterinas, dando lugar a la salida de gases y líquidos sumamente fétidos y constatando la infección peritoneal.

Parece que se hizo después una tentativa de drenaje cérvico-vaginal. En el momento que la ví presentaba el cuadro una septicemia peritoneal sobreaguda, que hízome formular un pronóstico fatal en breve plazo.

La enferma murió pocas horas después.

2.° caso. — La señora de M., es una multípara cuya historia obstétrica puede considerarse como excepcionalmente cargada. Su primer parto, de término, fué en 1890, eutócico en toda su evolución. El postparto fué, sin embargo, turbado a los 15 días por una intoxicación alimenticia aguda (?), febril, que cedió rápidamente. Pocos días después aparecieron trastornos mentales caracterizados por confusión mental alucinatoria y perversión de los sentimientos afectivos. Este estado fué mejorando lentamente y cedió por completo al cabo de algunos meses; en este intervalo tuvo un abceso mamario.

Veintiún meses después tuvo un aborto de pocas semanas sin complicaciones.

En Octubre de 1892, nuevo parto a término, muy difícil (sin que pudiera precisarse en qué consistió la distocia), operada por el doctor Velazco. El feto nació asfixiado y tenía varias circulares del cordón. Hubo necesidad de practicar el alumbramiento artificial. El doctor Velazco pudo apreciar una ruptura parcial del cuello y segmento inferior del útero. El postparto fué febril, pero la curación se realizó en poco más de un mes.

El 17 de julio de 1894, tercer parto a término, asistido por el doctor Oliver. El feto nació vivo, y como una hemorragia del alumbramiento exigiera la extracción manual de la placenta, este colega pudo comprobar la existencia de una inserción sobre el segmento inferior, con perforación central, al través de la cual había pasado el feto. Postparto normal.

En 1898, nuevo parto de término. El feto nació espontáneamente pero una grave hemorragia del alumbramiento obligó a extraer la placenta parcialmente despegada. El alumbramiento artificial fué practicado por el doctor C.

Postparto excepcionalmente grave, durante el cual tuve ocasión de verla en consulta varias veces. Infección puerperal gravísima con chuchos múltiples, delirio intensísimo, re-

petidas caídas en colapso y que después de varias alternativas terminó en una flegmasia alba dolens doble.

La enferma se ausentó a los pocos meses para la República Argentina, y como siguiera con leucorrea y dolores lumbares y abdominales, fué atendida por el doctor Tomás Varsi, de Bahía Blanca.

He aquí los datos que amablemente me ha proporcionado mi distinguido amigo y colega:

"La enferma tenía una metritis crónica y una gran rasgadura del cuello, que mantenía un cierto estado de subinvolución uterina, con dislocación del órgano. No estoy muy seguro del estado de los anexos pero creo recordar que tuvo una salpingo-ovaritis unilateral.

Le hice un curetaje uterino, y viendo que el cuello estaba un poco hipertrofiado, hice en esa misma sesión una operación de Schroeder. Todo marchó bien, menos dos puntos de sutura que aflojaron y cicatrizaron por granulación. Continuó con algunos dolores lumbares, pero quedó todo lo bien que podía esperarse de una enferma crónica,"

Durante cerca de seis años todo siguió en calma, hasta enero de 1904, que quedó en cinta. Embarazo sólo marcado por la existencia de leucorrea regularmente abundante.

Octubre 5 de 1904. Primeros dolores en la madrugada.

En las primeras horas de la tarde es llamada madama Micke. Examina a la enferma y con sorpresa constata que el cuello no puede percibirse.

Soy llamado, y a las 6 p. m. examino a la enferma. Vulva desgarrada; la vagina presenta cicatrices extensas que se pierden en la profundidad. La presentación, de vértice, está encajada. El fondo de la vagina está ocupado por un diafragma tenso, al través del cual se siente la cabeza del feto. Este diafragma imperforado, tiene una forma característica; convexo en general y continuándose con los fondos de saco, tiene en su parte central un reborde perfectamente circular, de unos tres centímetros de diámetro, que limita una superficie plana, en cuyo centro se perciben algunas rugosidades que corresponden a una disminución de espesor del tabique que obtura la vagina. Usando de una comparación gráfica

podría decirse que se asemeja al fondo de un platillo de los de café. Este diafragma, que manifiestamente corresponde al cuello obliterado, es elástico, depresible, sin trazas aparentes de tejido cicatricial. Durante las contracciones su tensión y su convexidad aumentan. La enferma no ha perdido aguas y el feto está vivo y en buenas condiciones. La situación, como se ve, es grave. La vagina está obliterada, las contracciones son enérgicas y no es posible prever, si el cuello cederá o si el útero, debilitado por los partos y postpartos anteriores patológicos cederá, en su lugar, dando así nacimiento a una ruptura uterina.

En previsión de una intervención operatoria por la vía vaginal, hago practicar una severa antisepsia.

9 p. m. Las contracciones uterinas no han cesado un instante y se acompañan de deseos de pujar. Examino a la enferma y con sorpresa, constato que el cuello está desgarrado en su labio posterior. La sensación que da en este momento es la siguiente: el diafragma obturador ha perdido su tensión y está aplicado íntimamente sobre la cabeza fetal. Su parte central ha cedido y sólo se nota el arco superior del reborde saliente, del que cuelga una especie de carúncula; el arco inferior está profundamente desgarrado en el sentido antero-poserior hasta el fondo de saco posterior.

El parto prosigue su marcha normal y a las 10 p. m. nace una niña de 3.500 gramos, perfectamente constituída.

Como la placenta tarda un poco en salir, y hay una persistente pérdida de sangre, practico el alumbramiento artificial y puedo así darme cuenta del estado del útero.

El tacto manual ratifica los resultados del tacto practicado durante el trabajo y me permite además constatar una cicatriz que parte del límite superior del cuello entre los fondos de saco anterior y lateral izquierdo, en forma de cresta saliente y dura, que sube al segmento inferior y se pierde en el espesor del cuerpo uterino.

El desgarro del cuello no pasa los límites de su inserción vaginal. No hay partes esclerosas en ese desgarro ni en su vecindad; toda esta región tiene la consistencia normal.

La exploración manual del útero denota una cavidad

anfractuosa, irregular, tabicada, en la que cuelgan fragmentos de caduca gruesa y resistente. La placenta es normal, de las membranas sólo falta la caduca en muchas partes.

Postparto normal, la enferma se levanta a los 13 días.

Examinada a los 20 días, el cuello no presenta otra modificación que el desgarro del labio en vías de cicatrización.

Examinada nuevamente el 5 de marzo de 1905, es decir, 5 meses después del parto, encuentro lo siguiente: Cuerpo uterino normal, tal vez algo pequeño tratándose de una multípara (superinvolución?).

Cuello muy pequeño, representado por un muñoncito irregular, en forma de tapón de Champaña, de cuya parte posterior se destacan dos cicatrices ramificadas incluídas en el tejido perivaginal, sobre las que se desliza la mucosa vaginal. Una de ellas, la menos profunda, ocupa el fondo de saco lateral izquierdo, la otra el fondo de saco posterior.

Existe un flujo vaginal regularmente abundante y mucoso. La enferma que lacta perfectamente su hija, no se queja de otra cosa sino de fuertes dolores en los miembros inferiores, imputables a las várices profusas internas y externas que tiene desde su última flebitis puerperal.

Posteriormente la enferma se ausentó de Montevideo y no he tenido más noticias de ella.

3.er caso — El 15 de julio de 1922 fuí llamado apresuradamente por dos colegas de un departamento cercano para ver con ellos una enferma que les intrigaba vivamente.

Se trataba de una gran multípara, al término de su embarazo que desde hacía dos días estaba al parecer en trabajo de parto, perdiendo continuamente líquido amniótico. En repetidos exámenes no habían podido encontrar el orificio cervical.

Colocada convenientemente, con el auxilio de largas y anchas valvas, que separaban los repliegues de una exuberante vagina, pude ver un muñón de cuello de unos dos centímetros de largo cuyo orificio externo estaba representado por una cicatriz radiada de entre cuyos pliegues se veía salir gota a gota líquido amniótico normal. El tacto me de-

mostró que ese muñón cervical era excesivamente duro en correspondencia con la cicatriz y de consistencia blanda en el resto. La cabeza apoyaba fuertemente sobre el segmento inferior durante las contracciones; el feto estaba vivo y en excelentes condiciones; la madre tenía una fiebre ligera (37°3) pero su estado general era bueno. Como dato interesante se me dijo que en Montevideo se le habían hecho cauterizaciones, al parecer con el Neo-Filhos, un mes antes de su última menstruación y dos veces después de esta última.

Aconsejé su traslado a Montevideo y si eso no se aceptaba que los colegas practicaran una cesárea vaginal, que todo me hacía prever sería sin incidentes. La familia reunida en ruidoso cónclave se opuso al traslado y a que los colegas practicasen la intervención, decidiendo llamar a otro especialista de la Capital. Entretanto la enferma cayó en colapso, después de haber cesado los dolores, perdió una pequeña cantidad de sangre oscura y murió en poco más de una hora sin que el feto pudiera ser extraído. De los informes que posteriormente obtuve deduzco que la causa de la muerte fué una rotura uterina.

4.° caso — El 12 de diciembre de 1927 era requerido por un joven colega que muy alarmado me informaba que acababa de tentar dos aplicaciones de forceps sobre una cabeza que estaba en la excavación, con resultado infructuoso.

Al examen encontré: genitales de multípara; cabeza sobre el suelo perineal, ausencia de cuello uterino reemplazado por una calota hemisférica, adaptada estrechamente sobre la cabeza, muy adelgazada al punto que con toda facilidad se percibían los detalles de la presentación.

Con auxilio de valvas pude mostrar al colega que se trataba de una imperforación cervical.

En el centro de esa calota se notaba una depresión umbilicada del tamaño de una lenteja.

Durante una contracción apoyé una pinza sobre ella, sentí que vencía una débil resistencia y a la vista, en dos o tres minutos el cuello se retrajo, dando paso a la cabeza.

Pocos minutos después el feto nacía espontáneamente. Alumbramiento y postparto normales.

Terminados éstos supe que el comienzo del embarazo se había señalado por una abundante leucorrea verdosa que cedió después de numerosas curaciones con tripaflavina.

La evolución de estos cuatro casos es instructiva y aunque la mortalidad es alta (50 %) convencido estoy que en la realidad debe ser inferior, pues es posible que más de un caso termine espontáneamente y a las veces sea indiagnosticado.

En verdad se trata de un proceso curioso; que todos esos cuellos estaban permeables con anterioridad a la concepción, lo demuestra la ausencia de dismenorrea o accidentes de retención uterina anteriores a ella.

Algunas veces el mecanismo de producción es claro; se han hecho cauterizaciones durante el embarazo o muy próximamente anteriores a él; otras veces existe un proceso infeccioso cervical caracterizado por la aparición o el recrudecimiento de una leucorrea purulenta.

Pero en un cierto número de casos esparcidos en la literatura obstétrica no aparece ninguno de estos factores y debe admitirse una desepitelización intracervical que permite la coalescencia de sus paredes y tal vez este mecanismo desconocido hasta ahora sea el que explica los casos de evolución oculta o benigna.

Sea cual fuere el mecanismo de producción la aglutinación u obliteración gravídica del cuello se presenta siempre como sorpresa de examen bajo dos aspectos distintos:

1.° El cuello ha desaparecido o está representado por un minúsculo muñón central o lateral y el segmento inferior hemisférico, ampliamente distendido por la presentación, cuyos detalles se perciben con toda claridad, forma prominencia en la excavación y hasta la ocupa por completo. Mi cuarto caso representa la forma extrema de este tipo, pues el adelgazamiento y el descenso del segmento inferior eran tales que el colega asistente creyó aplicar el forceps directamente sobre la cabeza.

2.° El cuello persiste, más o menos modificado de consis-

tencia, el segmento inferior está poco o nada ampliado, la presentación permanece alta. Tal vez una prolongación del trabajo de parto transforme este tipo en el primero, pero no me ha sido dado observar esta evolución ni me parece prudente contar con ella. La trágica evolución de mi tercer caso abona esta opinión. En ambos tipos la impermeabilidad del cuello es completa o a lo sumo un conducto filiforme da salida gota a gota al líquido amniótico.

Estos dos tipos condicionan nuestra conducta terapéutica.

He dicho ya que creo que alguna vez sea posible la evolución espontánea y hasta indiagnosticada de la complicación. Algunas referencias recogidas de boca de algunas parteras me hacen pensar que haya sucedido; pero ya hemos visto que si esto es posible, grandes riesgos corre la enferma.

En el primer tipo de obliteración y salvo dificultades promovidas por el estado del canal pelvigenital (primiparidad, edema vulvo - perineal, viciación pélvica) todo aconseja intervenir por vía baja, cualquiera sea el estado del feto y de la madre.

En los casos benignos la presión apoyada sobre la depresión umbilicada que señala los vestigios del cuello, vence por lo general la resistencia y a las veces en pocos minutos la vía quedará expedita; por lo menos siempre convendrá empezar por esta maniobra, salvo que la exploración demuestre marcada y extensa esclerosis del segmento inferior (cicatrices de desgarros anteriores).

Si esta maniobra no diera resultado rápido — y ya hemos visto los peligros de una espectación desmedida — o si la evolución del parto demuestra una violenta lucha del músculo uterino contra el obstáculo, precursora de una ruptura, debe irse a la cesárea vaginal, factible por lo general en buenas condiciones, pues que la ampliación del segmento inferior y el descenso de la presentación permitirán una incisión suficiente para evitar los desgarros por distensión.

En el segundo tipo de aglutinación cervical o cuando existan presunciones de difícil pasaje en el canal pelvi-genital se impone la histerotomía transperitoneal baja.

Si la evolución ha sido aséptica, el feto está vivo y el huevo intacto, la técnica será la de los casos puros con clausura total e inmediata de la cavidad abdominal.

Si el huevo está abierto, con o sin feto vivo, o si hay signos de infección moderada, a la histerotomía baja habrá que agregar un previsor saco de Mickulicz.

Si ya existieran signos de infección grave y particularmente si hay putrefacción fetal se impone la histerectomía sub-total sin abertura previa del útero y saco de Mickulicz consecutivo.

Pero lo que no debe olvidarse en los casos terminados en forma conservadora — olvido del que padeció el hábil cirujano que operó a mi primera enferma — es de permeabilizar el cuello abriendo amplia comunicación hacia la vagina por medio de una sección de la porción declive y la colocación de un grueso tubo de drenaje envuelto con gasa que, a la vez que asegurará la loquiación, contribuirá en las primeras horas a la hemostasis de esa sección baja, que seguramente algo sangrará. Después de las primeras 24 horas podrá retirarse, pues hay gran interés en no mantener cuerpos extraños en esa región siempre séptica del canal genital.

La extremada rareza de la aglutinación u obliteración gravídica del cuello, provocará siempre una sorpresa clínica; apesar de ello es indispensable tener ideas precisas sobre su tratamiento tanto para no emprender intervenciones inútiles o excesivas como para no dejar pasar el momento oportuno de intervenir, antes de que el útero vencido por el obstáculo responda al afán de evacuar su contenido con un desgarro mortal de su segmento inferior.

Edema e hipertrofia del cuello uterino durante el período grávido puerperal

La complicación tocológica que motiva esta lección es accidente bastante raro; la literatura médica de estos últimos veinte años registra pocos trabajos y yo sólo he visto tres casos desde 1896 hasta hoy.

Bien entendido que me refiero solamente a los casos de engrosamiento total del cuello uterino, y digo "engrosamiento" para no prejuzgar sobre la naturaleza de las lesiones anatómicas que se han observado.

El edema parcial del cuello, muy frecuente y localizado al labio anterior, acompaña casi siempre a los períodos prolongados de expulsión particularmente en las variedades occípito - posteriores de vértice.

El edema total sin engrosamiento ni alargamiento es la lesión característica inicial de las mal llamadas "rigideces anatómicas".

Pero en uno como en otro caso el cuello tiene un aspecto muy distinto del que corresponde a esa entidad mal indentificada que va a ocupar nuestra atención.

Si se reflexiona en las dudas que planean aún sobre la patogenia de las hipertrofias supravaginales fuera de la gravidez, no se extrañará que si la faz clínica del asunto está a punto de agotarse, quedan aún otras incógnitas por dilucidar.

El primer caso observado por mí se remonta a principios de 1897. Una tarde fuí llamado por madama Fazio para asistir a una multípara que según ella tenía un prolapso uterino. Encontré una mujer de 30 a 35 años, bastante emaciada, en trabajo desde la mañana y con dolores expulsivos intensos. Durante ellos asomaba por la vulva y concluía por salir de ella el cuello uterino, túrgido, violáceo, dilatado de 3 a 4 centímetros y por el que asomaba un pie fetal; en el momento del mayor esfuerzo emergía 7 a 8 centímetros del anillo vulvar.

Un examen detenido me mostró que aún en el momento de la mayor procidencia los fondos de saco vaginales conservaban casi su profundidad normal. En la vagina se sentía un grueso cilindro de paredes blandas a través de los que notábanse los detalles del miembro procidente. Al tacto pude percibir la fácil dilatabilidad del cuello y con suaves tracciones extraje un mellizo muerto, de aspecto correspondiente a una gravidez de 5 a 6 meses; en seguida se presentó un pie del otro feto, que extraje también fácilmente; la placenta salió por simple expresión, sin accidente alguno. Inmediatamente después de terminado el alumbramiento, el fondo del útero rebasaba la sínfisis pubiana de unos 12 centímetros, y, sin embargo, el cuello asomaba aún un buen par de centímetros por fuera de la vulva. El puerperio fué normal y un mes después ratificaba el diagnóstico de hipertrofia supra e infravaginal del cuello, sin prolapso uterino ni colpoceles. La enferma no quiso operarse.

El segundo caso es el siguiente:

El 21 de septiembre de 1916 ingresó a mi Servicio la mujer E. F. de M. uruguaya de 38 años, casada, sin otro antecedente patológico que sarampión y escarlatina en la infancia. Menstruada a los 15 años, siempre lo fué con regularidad y abundancia, sin que las relaciones sexuales, ni los partos modificaran sus caracteres. El examen médico general no denotó ninguna alteración orgánica; la reacción de Wassermann fué negativa. Nos dijo haber tenido cuatro embarazos, tres de término, normales, y estar actualmente en el curso del cuarto, habiendo tenido sus últimas reglas en enero de 1916. Sus postpartos fueron normales; sin embargo, pocos días después del último parto (1913) sintió que su útero aparecía a la vulva, pero que le era fácil reducirlo, después de haberle indicado un médico el modus faciendi. Como se sintiera mejorada, no se hizo examinar de nuevo; durante este embarazo, dice, sin embargo, que sintió siempre pesadez perineal.

El 19 de septiembre inopinadamente sintió que un cuerpo extraño salía de la vulva y creyendo que fuera el feto llamó a una vecina que constató el tumor que actualmente presenta; el doctor C., consultado aconsejó el traslado al hospi-

tal. No ha sido posible conseguir datos sobre las dimensiones iniciales.

Examinada a su llegada por mí, se nos presentó en excelente estado general. Localmente nos muestra un voluminoso tumor que surge de la vulva, en forma de cono truncado, cuya base menor se continúa sin línea de demarcación sensible con un grueso cilindro (cuello uterino, porción supravaginal). De consistencia renitente, mide 10 centímetros de diámetro en su porción más externa, 5 al nivel de la vulva y 11 desde ésta hasta el borde de base mayor, que presenta una hendidura transversal de 5 centímetros, cuyas comisuras se continúan con vestigios de antiguos desgarros; presenta una serie de pliegues transversales en continuación con la columna anterior de la vagina.

Su coloración es variable, lila en la porción adyacente a la vulva, violácea en la parte más lejana, salpicada ésta de manchas grises y rojas recubierta de islotes de falsas membranas. En el labio posterior existe una placa equimótica de forma triangular de 2 centímetros de altura por 1 y ½ de base. Los fondos de saco vaginales laterales y posterior están conservados, no asi el anterior, completamente borrado y que se continúa con la cara anterior del tumor. El tumor es irreductible; profundamente se percibe la cabeza fetal no encajada; el cuerpo uterino tiene los caracteres normales que corresponden a un embarazo de 7 y ½ a 8 meses.

Como no hay indicación de urgencia opto por la expectación, recomendando se haga después de una cuidadosa limpieza, una envoltura de gasa empapada en solución Carrel, renovada con frecuencia. T. 36°8. P. 76.

Setiembre 22. — La noche transcurre sin novedad y la enferma dice estar más aliviada. T. 36°6. P. 80. Sin embargo, el estado local se ha agravado manifiestamente; la porción más declive tiene un color gris verdoso y numerosas flictenas llenas de un líquido seropurulento se diseminan en su superficie, alternando con placas de falsas membranas.

La marcha rápida del esfacelo cervical me induce a intervenir de inmediato.

Operación. — Operador: doctor Turenne. Ayudante: doctor Cortabarría. Anestesista: nurse Bercetche. Anestesia al éter. Colocada la enferma en posición obstétrica, envuelvo toda la parte esfacelada del tumor con un campo protector. Incisión circular de la vagina al ras de la vulva, al nivel del límite inferior de la vejiga; separación fácil de la vagina y vejiga por el edema considerable de los tejidos submucosos. Sección del tumor, tres centímetros por arriba de la sección mucosa, en plena porción supravaginal. Sutura circular de la mucosa vaginal con la cervical. Tapón vaginal de gasa yodoformada. Un centigramo de morfina repetido cada 6 horas. En la tarde T. 36°8. P. 92.

El 23 de setiembre a las 4.30 de la mañana la enferma avisa al médico interno, doctor García San Martín, que desde hace media hora siente contracciones dolorosas; a pesar de administrarse un centigramo de morfina, éstas siguen y pronto es expulsado el tapón vaginal, tras del que aparece la cabeza fetal cubierta por las membranas. Rotura de la bolsa y expulsión espontánea, lenta, de un feto femenino, vivo, de 2.400 gramos, con un parietal de 8 ½ cms., y una circunferencia O. F. de 32 cms.

El examen directo constata la integridad de las suturas cérvico-vaginales; no hay hemorragia. Ergotinina subcutánea. Se renueva el tapón vaginal yodoformado y se saca 6 horas después. En ese día la temperatura es 36°6 a 36°8 y el pulso 100 a 108. Irrigaciones vaginales con solución Carrel.

Setiembre 24. El cuello tiene un aspecto satisfactorio; se extrae de él un coágulo ligeramente fétido. Colocación de un tubo de drenaje e instilación Carrel. Temperatura 37°5 y 38°3. Pulso 100 y 110.

Setiembre 25. Temperatura 39° y 38°6. Pulso 115 y 104.

Setiembre 26. Temperatura 37°5 y 39°. Pulso 96 y 92.

Setiembre 27. Temperatura 38°4 y 38°2. Pulso 96 y 92. Los loquios han disminuído en cantidad y fetidez.

Setiembre 28. Temperatura 38° y 40°. Pulso 88 y 124. Primer escalofrío en la noche.

Setiembre 29. Localmente se sigue el mismo tratamiento. Se provoca un absceso de fijación. Temperatura 37°6 y 39°5. Pulso 108 y 100.

Setiembre 30. El absceso ha reaccionado francamente. Temperatura 38°4 y 40'. Pulso 104 y 120.

Desde este día se inició una marcha francamente piohémica. El 2 de octubre, a pesar de la buena reacción del abceso de fijación aparecen colecciones purulentas en las articulaciones metacarpofalangianas de los dedos de la mano izquierda. El 14 se inicia una flebitis del miembro inferior izquierdo; sin embargo, en esa fecha el hemocultivo es todavía negativo. El 18 se toman las venas del miembro inferior derecho y el edema alcanza el nivel de la circunferencia umbilical. El 10 de noviembre el hemocultivo dió abundantes cadenas de estreptococos; los edemas van invadiendo progresivamente regiones cada vez más altas; hay abundante circulación complementaria en la región anterior del tórax; hay también edemas fugaces de la cara y miembros superiores. Pronto apareció una diarrea tenaz, delirio, recrudecieron los escalofríos y las altas temperaturas, falleciendo la enferma en la noche del 6 al 7 de diciembre.

La autopsia demostró la ausencia de lesiones peritoneales, anexiales y uterinas; una enorme vascularización venosa y abundantes derrames en las cavidades serosas (pleuras, peritoneo, pericardio).

El examen histológico del fragmento de cuello amputado dió: edema intersticial, numerosas trombosis vasculares con raras cadenillas de estreptococos. En la parte más alta lesiones simples de inflamación crónica.

Como se ve, si bien con algunas diferencias de detalle, ambos casos tienen caracteres comunes que los acercan y no dejan dudas sobre la existencia de un estado hipertrófico del cuello, al que se añadió en el segundo caso un edema generalizado.

La tercera observación es la siguiente: El 1.° de febrero de 1927 ingresó a mi servicio clínico Eleuteria P. de L., uruguaya, de 38 años. VI para sin antecedentes patológicos. El

examen médico general no permite constatar ninguna lesión orgánica. Embarazada de ocho meses ha tenido cuatro partos normales y un aborto de tres meses (3.er embarazo).

Ingresa porque dice que hace pocos días sintió salir por la vulva un voluminoso cuerpo extraño. El médico de guardia constata un prolapso completo del cuello uterino, edematoso; previa desinfección practica la reducción manual. El feto se presenta de vértice, movible.

Al día siguiente se le retira el tapón vaginal y al poco rato de levantarse se reproduce el prolapso. Se mantiene a la enferma en cama y el prolapso, contenido siempre por el taponamiento vaginal no se reproduce.

Examino a la enferma el 7 de marzo. La víspera he ordenado que se levante y al poco rato se ha reproducido el prolapso.

En el momento de mi examen constato que el cuello, edematoso, sangrante, con visibles signos de vieja cervicitis, surge de la vulva en forma de grueso cilindro violáceo de unos nueve centímetros de diámetro y doce de longitud; las paredes vaginales lo acompañan, habiendo desaparecido ambos fondos de saco; hay cistocele y rectocele; el periné presenta un antiguo desgarro y está distendido por la masa prolapsada. Reduzco fácilmente el prolapso, lo contengo con un taponamiento de gasa yodoformada. Al día siguiente, retirando el tapón antes de dejar levantar a la enferma, la examino y encuentro un cuello acortado algo más voluminoso que normalmente; los fondos de saco se han reconstituído; la cabeza distiende el segmento inferior; no hay vestigios de hipertrofia supravaginal.

Desde ese día y para demostración a los alumnos pude reproducir a voluntad el prolapso, rápidamente seguido de edema.

Se mantuvo el reposo en la cama y el taponamiento vaginal, haciéndose curaciones cervicales hasta el día del parto.

Este se produjo sin obstáculos el día 9 de abril, iniciado a la hora 3, terminó a la hora 10, espontáneamente: el feto nació vivo y pesaba 3.250 gramos.

El 18 de abril fué dada de alta. Ese día constaté: colpo-

cele anterior y posterior, cistocele voluminoso, rectocele pequeño. Cuello de volumen y longitud normales, sin vestigios de lesión traumática reciente. Aconsejé a la enferma volviese para hacerle la cura quirúrgica de su prolapso, pero hasta la fecha no ha vuelto de campaña donde reside.

Desde el trabajo capital de Huguier, las hipertrofias vaginal y supravaginal del cuello han adquirido un sitio definitivo en la nosología, y ya acompañen al prolapso y sean función de éste, ya constituyan una entidad aparte, tienen una sintomatología propia y fácilmente reconocible.

Pero conviene apartar la posibilidad de un error diagnóstico que, sin embargo, preocupa a los clásicos, y es la confusión del prolapso simple con el alargamiento hipertrófico. No me detendré a repetir nociones harto conocidas, pero sí insistiré en la reducción espontánea y progresiva de muchos prolapsos a medida que el útero se hace órgano abdominal durante la gravidez.

Pero es lo cierto que bajo la influencia de causas mal conocidas, a las que seguramente predisponen las modificaciones circulatorias de la gravidez, la hipertrofia del cuello asume los caracteres de accidente agudo y eso a veces en una época que no cabe hablar de compresiones ni otros trastornos serios de circulación.

Rizzatti vió una joven de 22 años, grávida de 3 meses con retención de orina por retroversión uterina, cuyo cuello hipertrofiado sobresalía considerablemente de los órganos genitales externos. Corregida la retroversión, el embarazo prosiguió su marcha. Producido el parto a término, la dilatación se hizo rápidamente y se extrajo el feto con el fórceps. Después del parto, R., hizo con éxito la amputación del cuello.

Pero una aparición tan precoz es rara y la mayoría de las observaciones corresponden a embarazos de 4 y más frecuentemente de más de 6 meses.

Un hecho llama la atención y lleva a pensar que es necesaria la intromisión de una causa accidental para hacer visible la lesión cervical o constituirla d'emblée, y es la aparición muy a menudo brusca del cuello en la vulva.

El caso de Varnier es demostrativo. III gesta de 27 años; a 7 meses de embarazo y encontrándose de pie siente de golpe un cuerpo extraño en la vulva. Examinada se ve que es el cuello uterino que sobresale 9 centímetros y tiene una circunferencia de 21 centímetros; se le hacen escarificaciones que dan salida a serosidad límpida; estas escarificaciones son indoloras en la parte procidente, pero dolorosas al nivel de los fondos de saco vaginales. No hay cistoceles.

En posición de Trendelenburg la reducción manual es fácil; al día siguiente el tacto no denota nada anormal. Diez días después reaparición brusca de los accidentes y reducción manual fácil; 20 días después recidiva y fácil reducción con el simple decúbito dorsal. Parto fácil a término; a los 19 días se constata que el útero está en retroversión, 12.5 centímetros de histerometría; no hay alargamiento hipertrófico del cuello.

Como se ve, es un caso típico de edema agudo recidivante del cuello.

La mayor parte de las veces se registra un esfuerzo como factor próximo de los accidentes. Los tres casos de Engström (multíparas en las que el accidente aparece después de un esfuerzo y cede al reposo), el caso de Seitz (multípara en la que el edema se repite cada vez que hay constipación y desaparece regularizando la exoneración intestinal) sustentan esta afirmación.

En general, el edema sin hipertrofia previa no ha dado lugar a accidentes durante el embarazo. La tendencia a la recidiva es bastante común; el caso de Varnier ya citado, es un ejemplo. La observación de Paddock, también responde esta eventualidad: VI para de 35 años, sana. Cuatro embarazos y partos normales; en el quinto mes del quinto embarazo notó de pronto una masa, gruesa como el puño, procidente en la vulva; el accidente cedió a la posición de Trendelemburg. Varias veces se produjo el accidente, lo que no impidió que el parto fuera espontáneo y el cuello volviera a sus condiciones normales. Después de un paréntesis de dos años, en el curso de un nuevo embarazo el edema se reprodujo varias veces, pero en esta ocasión el parto prematuro se pro-

dujo durante uno de los ataques. Hubo que activar la expulsión a causa de una hemorragia, pero no existieron inconvenientes para ello. El tumor desapareció rápidamente y el cuello recobró su normalidad.

Nuestra tercera observación se incluye en esta serie.

El caso de Jolly es análogo: II para; primer embarazo normal. El segundo lo fué también hasta el séptimo mes, época en la que, sin causa perceptible, un tumor del tamaño del puño apareció en la vulva, desapareciendo espontáneamente en dos días. Al término del embarazo volvió a aparecer con dimensiones mayores y sin tendencia a la reducción espontánea. Cedió algo al decúbito dorsal y a aplicaciones calientes sin desaparecer del todo. El parto fué algo dificultado por la lesión cervical, pero terminó espontáneamente. Pocos días después el tumor había desaparecido.

Tanto este caso como el anterior, parecen responder, por algunos caracteres, al curioso tipo descrito por Rouvier en el que el edema afecta sólo un labio cervical, dando lugar al aspecto poliposo del tumor.

Del análisis de algunas de las observaciones citadas y de otros publicados, parece deducirse la existencia de varios tipos clínicos en relación con el estado anterior del cuello y cuya evolución es distinta:

A. Edemas agudos en cuellos anteriormente intactos. Aparición brusca, tendencia a la recidiva, reducción fácil, leve influencia sobre la marcha del embarazo y del parto, restitutio ad integrum después del parto.

B. Hipertrofia cervical, infra, supravaginal o mixta anterior al embarazo. Accidentes leves o nulos durante el embarazo, poca o ninguna influencia sobre la marcha del parto, salvo alguna tendencia a acrecentar su duración.

C. Tipo mixto. Edema crónico con empujes agudos en un cuello anteriormente enfermo. Indiscutiblemente es el más grave, pues que las observaciones publicadas plantean dos cuestiones: A) ¿Existe una distocia propia de este tipo?; B) ¿Las intervenciones sobre el cuello alterado se justifican durante el embarazo y el parto?

A) Varias observaciones demuestran la existencia de esta distocia: Caso de Schroeder - Benicke. Tumor de 15 cen-

tímetros de circunferencia, cabeza a 6 centímetros del O. E. del cuello. Aplicación de un globo de Barnes. Seis horas después se practica una incisión del cuello, seguida de irrigaciones vaginales calientes porque hay fetidez. A las once horas de colocado el globo se hacen dos incisiones profundas y se aplica forceps, extendiéndose las incisiones durante la extracción. Feto vivo de 3.150 gramos. Puerperio febril, manía puerperal.

Caso de Sauvage. II gesta de 41 años. — Primer parto normal en 1888. Segundo embarazo en 1890. Al quinto mes aparece el cuello en la vulva. El parto duró 15 horas y fué normal. La procidencia cervical se redujo. Tercer embarazo en 1905. La procidencia aumenta desde el cuarto mes; en el mes de agosto la vé S. y la hace ingresar a la Clínica Baudelocque.

El tumor sobresalía 4 centímetros de la vulva y tenía 18 centímetros de circunferencia; el pedículo intravaginal tenía una circunferencia de 14 centímetros, pudiéndose percibir claramente la hipertrofia y el alargamiento supravaginal. En los días siguientes el tumor aumentó, edematizándose (72 m.m de diámetro y 28 cms. de circunferencia).

Primeros dolores el 19 de setiembre. Las membranas se sentían a 11 centímetros del O. E. del cuello. Trabajo de parto largo y penoso; veinte horas para el borramiento, cinco horas más para llegar a una dilatación como una palma de mano; luego bruscamente se hace la expulsión de un feto de 2.400 gramos. Un mes después del parto, el cuello sobresalía aún un centímetro fuera de la vulva, dando la histerometría 11 centímetros.

Caso de Ribemont - Dessaignes y Grosse. — II para de 34 años. Un parto a término en 1900, metritis postpuerperal; poco después se constata alargamiento hipertrófico del cuello. No se hace ningún tratamiento local, pero se coloca un pesario. Queda embarazada a fines de octubre de 1903; el prolapso se corrige y después del cuarto mes ya no sale el cuello.

A principios de mayo de 1904 (5 y ½ meses) pérdidas de líquido sanguinolento. El 13 de mayo el útero tiene 24 centímetros de altura; por el tacto se diagnostica alargamiento supravaginal del cuello. El 16 de mayo a mediodía

la enferma pierde mucho líquido amniótico y luego líquido sanguinolento. En seguida aparecen contracciones uterinas, pero como el cuello no demuestra tendencias a la dilatación, a las 10 de la noche R. D. hace una operación cesárea. Puerperio febril, curación.

Balocchi y Truzzi admiten la distocia.

Fleishmann hizo en tres casos incisiones del cuello, teniendo que terminar el parto, una vez con forceps y dos con perforación craneana.

Boni analizando 16 casos, señala 15 terminaciones operatorias. Sauvage en 17 casos recogidos, anota una sola terminación espontánea y toda clase de intervenciones en los otros 16; dilatación manual, incisiones, amputación, forceps, craneotomía, cesárea (dos veces); Potocky, en un caso tuvo que hacer practicar por Bouilly dos grandes incisiones laterales del cuello, teniendo que terminar por una perforación craneana. Sutura inmediata, puerperio febril, curación.

Pero al lado de esta serie sombría, otro grupo de autores señala la ausencia de distocia. Martín, Howitz, Clivio, Barnes, Scarlini, Fabre y Bourret publican partos normales.

¿Cómo explicar estas discordancias?

Desgraciadamente en muchas de las observaciones publicadas existe gran confusión semiológica; los autores no diferencian suficientemente los casos de edema, de los de hipertrofia cervical y en éstos la hipertrofia infravaginal de la supravaginal

Pero, en aquellos en las que la diferenciación se ha hecho, podemos distinguir con suficiente certeza dos tipos de evolución.

La distocia se ha presentado casi siempre en los casos de hipertrofia supravaginal.

Basta detenerse a meditar el mecanismo de acomodación uterina del feto, para comprender hasta que punto la presencia de un segmento supravaginal largo, poco extensible (como que a menudo presenta lesiones esclerosantes de metritis crónica) debe dificultar el descenso del feto La ampliación fisiológica del segmento inferior uterino no existe y la lucha contra el obstáculo cervical explica, no solamente la distocia, sino también la ineficacia de las incisiones, que

sólo abarcan la porción vaginal, y la extensión casi fatal de ellas durante las maniobras de extracción fetal.

Frente, pues, a lesiones cervicales de tipo hipertrófico, máxime si se asocian al edema, se impone un diagnóstico cuidadoso que es la llave de la conducta clínica.

A mi juicio, debe resolverse el problema por la expectación, mientras no hay accidentes; una prudente espera en los casos de hipertrofia y edema infravaginal.

Pero lo cuestión se complica cuando algunos accidentes acompañan a la hipertrofia supravaginal.

¿Se justifica la intervención durante el embarazo?

La vieja doctrina del noli me tangere en el período grávido puerperal ya tiene muy pocos defensores. Todos hemos operado bartholinitis, quistes vaginales, apendicitis, quistes ováricos, miomas necrosados, seguidos del mayor silencio obstétrico; pero también debemos decir que en cada caso hemos obedecido a una indicación precisa.

Ese no es el caso en la hipertrofia supravaginal. La distocia, siempre posible, no es obligatoria ni fatal; hay un período de vacilación clínica que coincide con el período de calma sintomática.

En mi opinión, la amputación profiláctica no se justifica sino en presencia de accidentes infecciosos agudos, como en mi segundo caso personal; y aún así, con todas las apariencias de precocidad, la intervención no pudo impedir la infección, ni detener su generalización; talvez la amputación hecha con termo o galvano cauterio hubiera evitado la infección ascendente.

Una buena parte de los éxitos y de la simplificación operatoria residen en un diagnóstico precoz y en una vigilancia estricta.

No hay razón para no tratar este tipo de distocia cervical con distinto criterio de aquel que aplicamos en las atresias o en las rigideces; es la vía alta segura y rápida la que mejor servirá los intereses de la enferma: histerotomía simple o histerectomía subtotal, según las lesiones, según el estado de asepsia o infección de la cavidad uterina, darán a la madre y al feto las mayores garantías.

Soy en principio, adverso a las intervenciones por vía

baja, traumatizantes, imprecisas, largas y en este caso con mayor razón, pues los medios de eliminar el obstáculo son insuficientes, puesto que no lo alcanzan.

Hemos visto indicado el fracaso de las incisiones, de los globos y nada induce más a las maniobras de violencia, particularmente en los médicos no especializados, como la sensación de impotencia frente a la resistencia.

Las incisiones del cuello, las incisiones amplias hasta el orificio interno y cuando el segmento inferior está suficientemente ampliado, son un medio excelente y eficaz. La simple enunciación de estas condiciones explica por qué fracasan en los casos de hipertrofia supravaginal. Auguro para la casuística del porvenir una mayor proporción de cesáreas que en el pasado.

No es, sin embargo, el consenso general. Rapin, Muggia, Boni, Potocky han hecho amputaciones durante el embarazo. Sin embargo, Ensgtröm y Hansson en tres casos han tenido dos interrupciones de embarazo.

Tal vez haya una solución transaccional. Admitida la expectación para los casos de hipertrofia supravaginal, en los que si se interviene rara vez se escapará a la interrupción del embarazo, reservaría la intervención a los casos de hipertrofia infravaginal bien caracterizada, anterior al embarazo y a condición de practicarla antes del cuarto mes, preparando el reposo uterino pre y postoperatorio, con morfina a dosis alta.

¿Podemos decir una palabra de profilaxis?

La posibilidad de una distocia en una mujer con lesiones hipertróficas del cuello, impone la intervención.

Que exista un prolapso o que la lesión sea primitiva, los trastornos que aún fuera de la gravidez puede provocar o mantener (congestiones pelvianas, desviaciones uterinas, cervicitis), autorizan a practicar la amputación.

Pero aún así, ésta obliga a ciertas reservas.

El problema de las relaciones entre la amputación cervical y el período grávido puerperal debe revisarse. En otra época nos atrevimos a impugnar los ataques del profesor Pinard contra la operación de Schroeder. Hoy seríamos menos afirmativos. Hemos visto abortos, hemos observado rigideces

cervicales después de amputaciones muy bien hechas. Desde hace algunos años seguimos una señora a quien en Buenos Aires se le hizo una correcta amputación, pero a quien se ha dejado un cuello tan corto que a partir del cuarto mes, el polo inferior del huevo se hace accesible por el orificio interno. Tres abortos y un parto prematuro han sido hasta ahora una consecuencia de la intervención.

Debe, pues, tenerse presente esta eventualidad al amputar el cuello fuera de la gravidez.

De lo expuesto podemos llegar a las siguientes conclusiones:

1.a La hipertrofia del cuello puede coexistir con un embarazo y un parto normales.

2.a El edema agudo y el edema crónico que acompañan durante el embarazo a las lesiones hipertróficas del cuello pueden dar lugar a accidentes bruscos que perturban la marcha del embarazo y pueden comprometer la del parto.

3.a La distocia parece ser más frecuente en los casos de hipertrofia supravaginal

4.a Salvo casos de hipertrofia infravaginal diagnosticados muy precozmente, la expectación es preferible en ausencia de accidentes.

5.a La amputación de la porción supravaginal no debe aconsejarse durante la preñez. La amputación de la porción vaginal no conviene sea hecha después del cuarto mes.

6.a Frente a la distocia provocada por lesiones hipertróficas del cuello, con o sin edema, la vía alta es preferible a la baja.

7.a El edema simple del cuello cede casi siempre al reposo y a la posición de Trendelenburg. Excepcionalmente constituirá una indicación operatoria.

8.a La existencia de accidentes sépticos puede constituir una indicación urgente de amputación cervical durante la preñez.

9.a Al practicar la amputación cervical fuera del embarazo, debe tenerse presente que un acortamiento excesivo del cuello, así como una cicatrización en medio séptico, pueden provocar interrupciones del embarazo el primero y distocias cervicales la segunda.

Síndrome hemorrágico de la Toxemia gravídica

En el oscuro y complicado cuadro de lo que hemos convenido en Obstetricia llamar "Toxemia gravídica", denominación de un hipotético proceso cuyo estudio cada vez resulta más complejo, existe un conjunto de síntomas y de signos, descritos aún en libros recientes, como entidades aisladas, pero que estudiadas a la luz de las modernas adquisiciones de la Fisiopatología grávido puerperal parecen poder agruparse en algunos síndromes caracterizados por el más saliente de aquellos síntomas o signos, sin perjuicio de que a las veces, algún otro de éstos adquiera predominancia y contribuya a dificultar la solución del problema clínico.

Entre los innumerables signos y síntomas que se han incorporado con alguna razón a la entidad "Toxemia gravídica", hay algunos que, por su frecuencia o su gravedad, merecen dar su nombre al síndrome que caracterizan.

A estos síntomas pertenecen el vómito, las hemorragias viscerales, las alteraciones sanguíneas y las convulsiones.

Hay, pues, ventaja, a mi juicio, del punto de vista clínico y didáctico, en describir, por lo menos, cuatro tipos, perfectamente diferenciados, a menudo asociados, como que originariamente derivados de ese desequilibrio orgánico-funcional que la gravidez provoca en numerosas mujeres.

Podemos, pues, sin apartarnos de la verdad clínica, aceptar:

1.° Un tipo emetizante, en el que predominan los vómitos y que representa el síndrome precoz de las toxemias gravídicas, desde el vómito matutino innocuo, hasta las formas más graves de la incoercibilidad.

2.° Un tipo anémico, cuyo exponente supremo es la anemia perniciosa de las grávidas.

3.° Un tipo convulsivo que culmina en el cuadro de la eclampsia.

4.° Un tipo hemorrágico, con lesiones viscerales de este orden y cuya figuración netamente obstétrica son la hemorragia retroplacentaria y la apoplejía útero - placentaria.

Dentro de estos cuatro tipos, pueden agruparse todas las manifestaciones de la toxemia pero será siempre la característica dominante de cada uno de ellos la que orientará la conducta terapéutica.

Sin entrar al estudio de cada uno de estos tipos, deseo hoy aprovechar dos observaciones anatómicamente muy semejantes, pero cuya evolución y terminación, así como la conducta terapéutica seguida, sugieren observaciones que, aunque no nos lleven a soluciones definitivas, provocarán tal vez una discusión instructiva que contribuya a fijar ideas sobre un tema en el que reina aún oscuridad e indecisión.

Primer caso. — (2.ª Clínica Obstétrica). — Obs. N.° 15761|30167. — Carmen S. G., de 35 años, V para, ingresa a mi servicio el 9 de abril de 1926 a las 5 h., traída por el doctor Charlone, que nos hace la historia siguiente: Fué llamado a las 4 horas y encontró a la enferma que a raíz de una disputa con su marido, había tenido un fuerte dolor abdominal y una lipotimia. En el momento de su primer examen notó facies anemiado, pulso irregular pero tenso, útero de consistencia leñosa. Diagnostica probable desprendimiento prematuro de la placenta, normalmente inserta, y resuelve traerla a la "Casa de la Maternidad".

Soy entonces llamado y veo a la enferma a las 6 h. 30. La enferma está muy pálida — piel y mucosas; el pulso late a 96, regular; el tensiófono Vaquez - Laubry da T. mx. 12. T. mn. 7. Vientre muy abultado y tenso; el útero, cuyo fondo alcanza a 40 cms., es de consistencia excesivamente dura en casi todas sus partes, salvo en una zona de 7 a 8 cms. de diámetro, cerca del fondo y asta derecha, en la que es renitente, y en el ápice de esa zona, casi fluctuante. Macidez absoluta, no hay sensación de onda líquida, no hay latidos fetales, ni es posible determinar por la palpación, la situación de partes fetales. A la exploración vaginal, encuentro un cuello de 1 ½ a 2 cms. de largo, permeable al índice; pierde un poco de sangre roja mezclada con algunos coágulos negruzcos. Se percibe la cabeza muy elevada al

través de una bolsa de aguas chata y excesivamente tensa; salvo una sensación de plenitud abdominal, la enferma no acusa grandes dolores. La orina recogida por cateterismo da: cantidad, 300 gramos; urea, 14.73 por mil; cloruros, 7.02 por mil; albúmina, 8 gramos 50 por mil!! No hay bilis, ni acetona, ni glucosa, ni ácido diacético; hay abundantes cilindros hialinos y granulosos.

Los resultados del examen me hacen ratificar el diagnóstico del doctor Charlone.

La historia clínica es suficientemente sugestiva para afirmar el diagnóstico de desprendimiento prematuro de la placenta en una bríghtica. A pesar del buen estado aparente de la enferma y de la tensión arterial inferior en poco a la normal, el estado anemiado de la enferma, que está aún bajo la acción del suero fisiológico (que se le dió de urgencia y antes de conocer el análisis de la orina), y del suero gelatinado y tonicardíacos habituales, deja la impresión de una derrota orgánica honda, mayor de la que parecería resultar del examen clínico; un examen sumario de la sangre da 2800,000 G. R., y es este dato el que me induce a intervenir, preparándose lo necesario para una transfusión sanguínea, si fuera necesaria. Surge el problema de la vía a seguir.

Hay un comienzo de borramiento del cuello y de dilatación, que inducirían a completarla manualmente y extraer el feto por versión interna.

Me detienen las siguientes consideraciones: Todo cuello de multípara deja presumir lesiones de cervicitis crónica, que fragilizando los tejidos, facilitan su dilaceración. La débil dilatación con cuello aún no borrado, hace prever maniobras lentas y prolongadas, factor posible de reflejos que hay que evitar en una enferma en inminencia de schock. La versión por mániobras internas facilitada por la integridad de las membranas presenta una incógnita; la enferma afirma que todos sus hijos han pesado de cuatro a cinco kilogramos, y en ausencia de todo dato palpatorio que asesore sobre el volumen del actual feto, cabe preguntarse si esto no podría ser un elemento de extracción difícil. El cuadro, un tanto paradojal, que presenta la enferma, arroja dudas sobre la existencia de lesio-

nes profundas, que no tratadas directamente, puedan ser causa de complicaciones ulteriores.

La vía abdominal presenta, en cambio, las siguientes ventajas: operación reglamentada que expone a la vista las lesiones y permite tratarlas con pleno conocimiento de causa, intervención más rápida y para el caso de supervivencia fetal (muy dudosa) suceptible de darle a este último mayores probabilidades de salvación.

Intervención: Operador doctor Turenne, ayudante doctores Charlone y Tiribochi, anestesistà: nurse Manera. Anestesia éter - keleno. Posición de Trendelenburg moderada. Incisión para-mediana izquierda, desde el pubis hasta un través de mano por debajo del apéndice xifoide. Al exteriorizar el útero, uno de los ayudantes cierra rápidamente con pinzas la parte superior de la herida para evitar la irrupción de asas intestinales.

La abertura del vientre mostró el útero extraordinariamente tenso, de color violáceo, con grandes sufusiones sanguíneas negruzcas. La infiltración subperitoneal es más marcada a la derecha (sitio de la inserción placentaria), en donde forma un hematoma intraligamentario del tamaño de una tangerina y se extiende luego hacia adelante hasta el espacio prevesical; hacia la derecha, hasta alcanzar la pared abdominal anterolateral y hacia arriba, despegando el mesocolon ascendente hasta una altura imposible de determinar sin movilizar la masa intestinal. A la izquierda, hacia el ligamento ancho, las lesiones son semejantes, pero de menos importancia; el hematoma se lamina infiltrando el subperitoneo anterior uterino en toda su extensión, descendiendo atrás hasta la región del itsmo. No había sangre libre en el peritoneo.

Césarea corporal rápida (2 minutos). Histerectomía subtotal (7 minutos). Peritonización completa; éter en el peritoneo. Sutura en tres planos. Duración total 32 minutos. Apenas extraído el feto, asomó por la brecha uterina la placenta por su borde y junto con ella salieron 700 gramos de coágulos negruzcos y unos 200 gramos de sangre líquida. Contribuyó mucho a inclinarme a la histerectomía, el hecho de no obtenerse la retracción uterina después de la cesárea.

La enferma pareció soportar bien la intervención. P. a 120, lleno, no hay dispnea, no hay enfriamiento, por cuya razón se posterga la transfusión sanguínea.

A las dos horas, la enferma, con pleno conocimiento, tiene P. 110, bien marcado; no hay timpanismo, no hay vómitos. tiene mucha sed.

A las 15 horas la enferma se agrava rápidamente, P. 160, muy débil. El doctor Estol practica una transfusión de 300 cc. No se nota mejoría alguna. A las 19 horas veo a la enferma y practico varias punciones abdominales para cerciorarme de que no existe hemorragia libre intraperitoneal, y que resultan negativas. Hay anuria desde la mañana. La enferma fallece a las 19 h. 45.

La autopsia demostró la existencia de una nefritis crónica bilateral y de una miocarditis crónica. El hematoma subperitoneal derecho alcanzaba hasta la fosa renal de ese lado.

Segundo caso. — (2.ª Clínica Obtétrica). — Obs. 15954| 30526. — Asunción G. de C., de 42 años, casada, X para. Ingresa el 9 de mayo de 1926; ha tenido su menstruación del 10 al 15 de setiembre de 1925. En la mañana de su ingreso, a las 7 horas empezó a sentir dolores en el abdomen y en la región lumbar, que se acompañaron de una breve pérdida de conocimiento. Es traída a mi Servicio Clínico en las horas de la tarde, con un estado general bueno, muy pocas contracciones uterinas, orificios apenas permeables, presentación cefálica muy elevada. Alt. Ut.ª 30 cms. Tensión normal. No hay latidos fetales.

A la hora 20 no hay contracciones y pierde sangre en muy pequeña cantidad. La tensión sanguínea (Vázquez-Laubry) es Mx. 19 1|2, Mn. 8 1|2; la noche transcurre sin novedad.

El día 10 a las 10 horas examino a la enferma y encuentro: Hemorragia muy discreta de sangre negruzca. Utero permanentemente tenso, con algunas contracciones muy poco dolorosas. Cuello largo permeable al índice; bolsa de agua medianamente tensa y muy rugosa. El útero ha ascendido cinco centímetros desde el ingreso de la enferma; no hay latidos fetales; estado general materno excelente. Diag-

nóstico probable hemorragia retroplacentaria en una placenta vecina al segmento inferior. Examen de orina negativo. Como no hay ninguna indicación urgente, aconsejo expectación y ordeno se haga una ruptura de membranas si la situación tendiese a agravarse. En la tarde, las contracciones uterinas se hicieron más frecuentes, y a las 22 horas 40' se produjo la expulsión espontánea de un feto femenino de 2,150 grs., muerto y ligeramente macerado.

La placenta expulsada espontáneamente pesaba 500 grs. y presentaba un hematoma retroplacentario de 700 grs.

El puerperio fué absolutamente normal. La enferma pidió el alta, y no fué posible seguir a la enferma para continuar su estudio del punto de vista de sus aparatos urinario y circulatorio.

Como se ve, tenemos dos casos clínicos muy semejantes y en los que, sin embargo, la evolución fué totalmente distinta.

No es mi propósito estudiar en detalle la hemorragia retroplacentaria; circunscribiré mi exposición a aquellos casos en que esta complicación está ligada al síndrome toxémico gravídico, y me ocuparé en particular de la conducta terapéutica que debemos seguir.

El despegamiento prematuro de la placenta está hoy suficientemente estudiado desde el punto de vista de su patogenia, de su etiología, de su sintomatología, para que escasas incógnitas queden por dilucidar; pero es la aparición en la literatura obstétrica de una entidad nueva, o mejor, imperfectamente conocida, la que ha planteado un problema terapéutico de la mayor importancia, como que pone en tela de juicio preceptos clásicos generalmente admitidos.

El conocmiento de la apoplejía útero-placentaria (*abruptio placentae* de los ingleses y alemanes) y los felices resultados obtenidos por la cirugía obstétrica, frente a la evolución benigna de tantas hemorragias retroplacentarias, nos pone en el caso de preguntarnos si hoy poseemos un conjunto de datos suficientes para inclinar nuestra decisión en el sentido intervencionista, abstencionista o expectante, y en el caso de decidirnos por la primera fórmula, por qué vía y qué clase de intervención tendrá nuestras preferencias.

En primer término, diremos que la intervención sólo surgirá como solución, en aquellos casos en los que la cantidad de sangre vertida o la rapidez de evolución — indicio frecuente de lesiones parietouterinas serias — repercuten sobre el estado general de las enfermas.

Este grupo comprende evidentemente la minoría de los casos, y mi segunda observación demuestra que el factor "cantidad" no es suficiente para condicionar la gravedad del síndrome. La diferencia en más (200 grs. aproximadamente), no basta para explicar la evolución tan grave del primer caso.

Será, pues, principalmente, cuando a los signos locales se agregue una repercusión general, que el tocólogo tendrá que buscar los datos que le pongan en mano el bisturí.

¿Cuáles serán estos signos?

Un aumento rápido en el tamaño del útero es, en general, exponente de hemorragia copiosa, pero por sí solo no basta para indicar la intervención. Le doy más importancia a la sensibilidad extrema del cuerpo uterino y, en particular, de sus bordes laterales, que me ha parecido acompañar a las lesiones musculares y peritoneales de la apoplejía uterina.

En cuanto al estado general opino que debemos distinguir aquellos casos en los que el estado de schock (complejo, peritoneal y hemorrágico), es evidente, de aquellos en los que signos locales claros coinciden con un estado general relativamente bien conservado, y es aquí a mi juicio donde el estudio de la tensión vascular máxima adquiere gran importancia.

Sabido es que la mayoría de las apoplejías útero-placentarias se producen en mujeres grávido-toxémicas, o en aquellas — particularmente multíparas — portadoras de lesiones cardiorrenales de tipo hipertensivo, agravadas por el embarazo.

Creo que cuando el síndrome hemorrágico que estudiamos se acompaña de tensión arterial normal o superior a la normal, podemos pensar en la no existencia de lesiones destructivas o extensas.

Pero, en cambio, cuando en una mujer, que por su remota anamnesis o por la relación de sus antecedentes, estamos au-

torizados a pensar que probablemente era una hipertensa, la constatación de una tensión máxima inferior a la normal debe hacernos pensar — aún en ausencia de signos actuales de gravedad — en la probabilidad de hematomas extensos, con todas sus consecuencias. Es así que nuestra primera observación, en la que la autopsia demostró lesiones crónicas renales y cardíacas, tenía apenas 12 cms. de T. mx. Con mayor razón deberemos pensar en lesiones extensas y graves, cuando estemos frente a la hipotensión arterial, a la cianosis de las extremidades, a la euforia de las schocadas. La circunstancia de agregarse al síndrome hemorrágico el síndrome convulsivo, actúa como factor de agravación y debe ser tenido muy en cuenta para la determinación final.

El examen de sangre, por las circunstancias y la cantidad en que se produce la hemorragia, por la rapidez con que habitualmente procede el síndrome, no proporciona datos decisivos.

Evidentemente un cierto número de casos podrán dejarnos algún tiempo perplejos, pero en un medio obstétrico adecuado, la indecisión no puede perdurar, y es preferible inclinarse a la intervención antes de dejarse ganar de mano por los accidentes toxihemorrágicos provocados por las lesiones de la apoplejía útero-placentaria.

Bien entendido que no me declaro campeón de la intervención sistemática; sostengo que en este caso, como en la placenta previa, la mayoría de las veces puede solucionarse la situación con medios puramente obstétricos.

Resuelto que debe intervenirse quirúrgicamente, ¿cuál va a ser nuestra conducta?

En primer término, no apresurarse en demasía en los casos fuertemente schocados; la transfusión de sangre prepara admirablemente a una intervención que puede ser, y es, con frecuencia, por su esencia, schocante.

Preparada la enferma o en buenas condiciones espontáneas, ¿cuál vía seguir?

Aquí, como en la rotura uterina, condeno severamente toda tentativa de extracción por la vagina. Cualquiera sea la facilidad que nos ofrezca, es en realidad una trampa en la

que no debemos caer. Toda maniobra en un útero distendido, dislacerado en sus fibras, con sus ligamentos disociados por hematomas, con una contractilidad comprometida, tiene que ser aventurada y ciega.

Es, pues, la vía abdominal la que responde a los desiderata de la intervención precisa, rápida y completa. También en este caso el eclectismo debe ser la regla.

Bien sabemos que la mortalidad fetal es muy crecida, pues oscila, según las series, entre 92 y 100 %; no es, pues, el interés del feto el que nos debe guiar.

Frente a lesiones extensas y destructivas: fisuras uterinas, hematomas subperitoneales extensos, hemorragia intraperitoneal libre y feto muerto se impone *la histerectomía subtotal sin previa sección césarea.*

Con lesiones de menos importancia o más limitadas: aspecto equimótico del útero, hematomas subperitoneales moderados y muerte dudosa del feto aconsejo *la sección cesárea previa, clásica o segmentaria,* según la localización de las lesiones y las facilidades del caso.

La histerotomía deberá ser seguida de un tiempo de expectativa; la conducta ulterior está subordinada a la contractilidad del útero y a los aspectos que el órgano y sus vecindades adquieran después de la evacuación feto-placentaria.

Si el órgano se retrae bien, si se contrae espontáneamente, si el aspecto equimótico desaparece y la región recobra un aspecto casi normal, si las fisuras no sangran y los hematomas subperitoneales e intraparietales son limitados, opino que la histerectomia sería excesiva.

En el caso contrario, me abstengo de la administración de todo agente ocitócico, cuya acción será infiel y pasajera, y permitirá que cerrado el vientre el útero sangre de nuevo en peritoneo libre. Debe irse sin vacilar, con la mayor rapidez y el mínimum de maniobras capaces de aumentar el estado de schoc, a la histerectomía subtotal, operación fácil y rápida que no debe retardarse, en beneficio de la enferma.

No hay que decir que la intervención debe acompañarse de los medios adyuvantes de restauración, y en particular el

suero glucosado a la Clarke y el suero glucosado hipertónico y bicarbonatado sódico caliente por vía venosa. No hay que olvidar que las lesiones observadas predisponen a la aparición del síndrome acidósico, y que en el período postoperatorio debe vigilarse de cerca la reserva alcalina del suero, la alcalosis y la presencia de los cloruros en la orina, con el objeto de no dejar pasar el momento oportuno de emplear la glucosa, la insulina o el cloruro sódico.

Como se ve, alguna vez estaremos frente a casos en los que sólo un sutil razonamiento inclinará nuestras decisiones, pero no olvidemos que si algo ha modificado fundamentalmente el pronóstico de la apoplejía úteroplacentaria, son las magistrales investigaciones de Couvelaire y su complemento la introducción de la cirugía obstétrica en su tratamiento.

Una laparatomía exploradora rápida poco modificará el pronóstico y, en cambio, evitará la ingrata sorpresa de tantos tocólogos que después de una hábil maniobra por vía vaginal, ven malogrados sus esfuerzos por la muerte — antes inexplicable — de su enferma en las horas siguientes al parto.

El pronóstico ya no está, pues, hoy, subordinado solamente a las lesiones locales; cualquiera sea la importancia que las lesiones viscerales anteriores puedan tener para condicionarlo en definitiva, no cabe duda de que la intervención quirúrgica contribuirá a rebajar la mortalidad, antes formidable, de la apoplejía úteroplacentaria.

¿Operación de Portes o cesárea baja?

La circunstancia de haberse presentado a la Sociedad Ginecotocológica del Uruguay una observación de operación de Portes, con éxito favorable para la madre y el feto, me pone en el caso de puntualizar las opiniones que vertí al discutirse esa comunicación, convencido de la necesidad de reunir el mayor número de documentos y de opiniones para establecer el verdadero sitio que en la cirugía obstétrica corresponde a la operación ideada por Portes.

He practicado dos veces esa operación, con éxito desfavorable; la proporción de muertes en los casos practicados en Montevideo, y que conozco, es muy elevada; es lógico suponer que no se publican la gran mayoría de los casos desfavorables; el profesor Couvelaire, en cuyo servicio ha nacido la operación de Portes, opina que es una operación de "absoluta excepción"... y todos sabemos lo que esa frase limitativa significa en boca de un hombre de ciencia europeo.

Cabe, pues, preguntarnos: ¿La operación de Portes significa un progreso?

La operación de Portes ha nacido de la constatación de los fracasos de un cierto número de cesáreas de todas las técnicas.

¿Qué se propone Portes? Evitar la peritonitis postoperatoria.

¿Lo consigue? La peritonitis consecutiva a las cesáreas tiene dos etapas: A) La contaminación peritoneal directa y contemporánea del acto operatorio. B) La propagación de la infección uterina al peritoneo, por infiltración entre los puntos de sutura.

La primera eventualidad es común a todas las histerotomías. La segunda es valedera para las incisiones altas con sutura clásica; lo es menos con las suturas tipo Vanvert y Paucot, que aseguran una mejor coaptación de los bordes de la incisión. En las cesáreas bajas, con doble colgajo perito-

neal, bien tallado y bien suturado, no se concibe sino por excepción este mecanismo provocador de peritonitis. Más adelante, al exponer las consideraciones que cimentan las ventajas de la técnica que empleo, haré el proceso general de todas las presuntas defensas peritoneales fundadas en la perfección de las suturas viscero - parietales.

Tentado estaría de suscribir la opinión de un maestro de la Ginecología francesa, que con cierta violencia combatía la operación de Portes. "Es una confesión de impotencia y de insuficiencia de técnica laparotómica", me decía.

Y a esa conclusión hay que arribar cuando se leen las descripciones publicadas. Esta observación es legítima para casi todas las técnicas en campo séptico.

Los tiempos operatorios están especificados con todo detalle; magníficas figuras y *films* demostrativos objetivan el procedimiento operatorio.

Pero ni una palabra se dice de lo que constituye el eje de la cuestión: la defensa del peritoneo.

Cuando se comparan las descripciones de técnica operatoria obstétrica con esos maravillosos modelos que nos ofrece para la cirugía abdominal general, la escuela norteamericana, una impresión de inferioridad manifiesta se hace evidente.

El éxito de la cirugía abdominal reside en la adopción de una cantidad de precauciones — nimias al parecer — que se incorporan a la mentalidad del cirujano hasta constituirse en actos semiautomáticos.

Al través de una instrucción en tren de perfeccionamiento incesante, he practicado numerosas histerotomías tardías, altas al principio, bajas después; extraperitoneales o tituladas tales, hoy segmentarias con arreglo a técnicas simplificadas y bien establecidas.

Cuando he analizado mis fracasos con el firme propósito de averiguar mi participación personal, he encontrado pequeñas pero evidentes fallas de técnica, personales unas, de mis ayudantes otras. Apelo a todos los cirujanos honestos; ellos me darán la razón con su experiencia personal.

Cada vez me he preocupado de velar más atentamente

sobre mis gestos y mis movimientos y sobre los gestos y movimientos de mis ayudantes, y poco a poco he llegado a constituir una técnica para la cesárea baja, que estoy lejos de considerar definitiva, pero que exterioriza una etapa que juzgo conveniente fijar como exponente de mi situación espiritual frente a tentativas como la muy meritoria e ingeniosa de Portes.

¿Cuál es mi técnica actual?

Posición. — Horizontal con leve inclinación hacia los pies. (Trendelenburg invertido).

Incisión. — Amplia, infra y supraumbilical, hasta dos o tres centímetros por encima de la parte más alta del cuerpo uterino.

Paramediana, generalmente izquierda por comodidad del cirujano, siguiendo el borde externo del recto izquierdo.

Incisión aponeurótica y disociación muscular.

Incisión del fascia posterior y peritoneo.

Exteriorización. — Tiempo capital. Debe ser hecho sin violencia, lo que sucederá si la incisión ha sido hecha suficientemente extensa.

Antes de hacerla, se colocan a ambos lados de la incisión y a la altura en que verosímilmente la pared formará corbata al cuerpo uterino, dos fuertes pinzas de cuatro dientes. Inmediatamente después de la exteriorización, el ayudante encargado de las pinzas, las cruza rápidamente en sentido contrario, oponiéndose así a la posible y frecuente irrupción el intestino. Hecho esto, el cirujano toma con una fuerte pinza de cuatro dientes, los bordes cruzados de la incisión, formando así una sólida clausura provisoria de la pared.

Protección. — Exteriorizado el útero y corregida su habitual inclinación y torsión, procedo a la protección — *segundo tiempo capital.* Rodeo con una doble y a veces triple capa de compresas de Faure, todo el contorno del útero exteriorizado. Es menester no dejar ningún resquicio, particularmente en las partes laterales, a donde fácilmente corren el líquido amniótico y la sangre. Creo oportuno y conveniente mantener durante la operación la aspiración contínua con aspirador eléctrico o simplemente con el Collin o el Finocchietto.

Técnica operatoria. — La clásica, reduciendo al mínimo las manipulaciones de extracción fetal y placentaria. Es conveniente durante este tiempo cubrir el útero con compresas de Faure o franelas, que se cambiarán después de extraída la placenta. Terminada la extracción fetoplacentaria, toilette del campo operatorio y extracción de las compresas que presenten huellas de líquido amniótico o de sangre. Cuando se han colocado convenientemente apretadas, es raro que la segunda capa de compresas esté manchada.

Terminación. — Hecho esto, el operador y los ayudantes cambian de guantes y de blusas, y reemplazan con campos limpios los manchados en el acto operatorio. Se retiran con pinzas no usadas anteriormente, las compresas que cubren el útero y se lava éste cuidadosamente con éter, procediéndose en seguida a la sutura del órgano y de los colgajos peritoneales.

Terminada la sutura se lavan de nuevo el útero y el peritoneo suturado con éter, se retiran las compresas restantes y se reintegra el útero a la cavidad. Si el epiplón está en la vecindad, se le reclina cuidadosamente sobre el útero y se cubre el todo con una compresa nueva.

Sutura. — Se comienza por la parte superior, sin retirar todavía la pinza de contención. Cuando se llega a ella con la sutura, hay pocas probabilidades de que el intestino aparezca en el resto de la incisión. Retirada esta pinza se continúa la sutura hasta un nivel compatible con la colocación de una mecha, un dren cigarrillo o un saco de Mickulicz (según el grado de infección). Esta marcha descendente permite tener hasta el último momento, bajo los ojos, el útero, para vigilar su retracción y contracción, recurriendo a la inyección intraparietal de adrenalina, si ellas fueran defectuosas.

La sutura debe hacerse en varios planos: 1.° peritoneo y hoja posterior del fascia; 2.° músculo disociado; 3.° hoja aponeurótica anterior y; 4.° piel.

Cuidados ulteriores. — Inmediatamente después de la intervención, inyección rectal de suero caliente glucosado, clorurado o mixto, según la indicación, 1.000 a 1.500 cc. Po-

sición de Fowler apenas despierta la enferma. Instilación rectal, gota a gota, en las horas siguientes.

Consideraciones. — La exteriorización es la condición ineludible para que las maniobras operatorias sean *absolutamente extraperitoneales.* La condición de extrapritoneal es *irreductible.* Ninguna sutura, por prolija y cuidadosa que ella sea, asegura la *defensa inmediata* del peritoneo, única manera de defenderse en la cesárea segmentaria de la contaminación operatoria, que es la realmente peligrosa en esta forma de sección uterina. La irrupción intestinal no se produce nunca, si se tiene la precaución: 1.°, de no abrir la cavidad abdominal hasta que el ritmo respiratorio se haya calmado y regularizado; y 2.°, si se lleva a cabo correctamente la maniobra de las tres pinzas.

La magnitud de la incisión no cuenta si se piensa que ella asegura la rapidez y la facilidad de las maniobras de exteriorización. El riesgo de eventración es aleatorio, si se lleva a cabo cuidadosamente la sutura. El peligro de schock no existe si la exteriorización es suave y rápida. Considero un tiempo importante el adosamiento plano por plano.

Conceptúo que el tiempo capital de la intervención es la protección peritoneal. El grave escollo de todas las histerotomías llamadas "extraperitoneales", reside en la impracticabilidad de la exclusión peritoneal por medio de suturas.

Ningún artificio de sutura por hábil y complicado que sea, es capaz de eliminar instantáneamente la comunicación entre el campo operatorio y el resto de la cavidad peritoneal.

He practicado y he visto practicar variados métodos de histerotomías "extraperitoneales"; creo haber leído la inmensa mayoría de los procedimientos ideados para llenar esa condición primordial. De mi experiencia, de la ajena, de mis lecturas y del mucho tiempo que he empleado en meditar sobre ellas he sacado la conclusión de que la sutura víscero-parietal es, del punto de vista de la protección peritoneal, una ilusión engañadora.

Es por eso que doy tanta importancia a maniobras de apariencia secundaria. He podido verificar que cuando las compresas se colocan convenientemente, que cuando se acuñan fuertemente entre el útero y el peritoneo pelviabdomi-

nal, los líquidos de la zona operatoria no penetran más allá de la mitad del espesor de la primera capa; las más profundas se conservan limpias y secas.

Limitar al mínimum las manipulaciones del feto, de la placenta y del útero, es otra condición importante. Igual valor tiene el cambio de campos de instrumentos y de guantes antes de proceder a la reintegración abdominal del útero y a la sutura final. Del punto de vista del éxito, todas las técnicas sensiblemente se equivalen y la más perfecta puede malograrse por el olvido o la transgresión de lo que al fin y al cabo no es sino un caso particular de la técnica general de las laparotomías en campo séptico.

Doy una importancia muy grande al saco de Mickulicz. Vilipendiado durante largo tiempo, aunque empleado subrepticiamente por muchos, que para no parecer anticuados se manifestaban como adversarios irreductibles, el saco de Mickulicz bien aplicado y mantenido *in situ* el tiempo necesario, es un elemento invalorable de protección y hemostasis peritoneales.

De acuerdo con mi maestro y amigo el profesor J. L. Faure, que con su empleo ha visto reducirse considerablemente la mortalidad operatoria inmediata de la operación de Wertheim por neoplasma uterino cervical, creo que el saco de Mickulicz es un elemento de primordial importancia para crear esas adherencias precoces, que tan efizcamente defienden a la gran cavidad peritoneal y al tejido celular pelviano de las infecciones del período post-operatorio reciente. Pero el Mickulicz debe ser dejado en su sitio un tiempo no menor de cinco a seis días; por lo que respecta a la compresa que contiene las mechas, la he dejado a las veces, diez y doce días.

La permanencia prolongada del saco de Mickulicz hace más fácil y mucho menos dolorosa la extracción.

¿Quiero decir con esto que me creo al abrigo de fracasos con la técnica que empleo, enseño y preconizo?

Sería carecer de sentido clínico afirmar tal cosa. Para terminar, opino que los progresos de la Cirugía obstétrica — y las histerotomías son su más fecundo campo de acción — se obtendráan, no por la invención de procedimientos raros,

complicados o antianatómicos, sino por la adopción y la aplicación estricta de los preceptos fundamentales que dan la razón de los éxitos obtenidos en la cirugía séptica de las numerosas vísceras contenidas en el abdomen.

Toda otra orientación nos llevará a observar, de tiempo en tiempo, curiosas tentativas que si sirven para llamar la atención sobre su autor durante algunos meses, no se mantienen frente al rudo contralor de los observadores experimentados y de la aleccionadora sanción de los hechos.

Orientación quirúrgica de la obstetricia moderna (1)

Al meditar el tema que me ha encomendado el Comité Ejecutivo del Congreso, dos soluciones se me presentaron. Por un lado rendir homenaje a la tradición de estas reuniones acumulando datos, cifras, opiniones provenientes de múltiples fuentes de valor desigual y, lo que es más grave, de conceptos dispares, o bien plantear una opinión personal, fruto de una larga experiencia encarrilada en un criterio básico que con el andar del tiempo ha ido robusteciéndose hasta constituir el eje de toda mi enseñanza y de toda mi práctica profesional.

Decididamente he optado por esta última solución convencido de que los tocólogos aún en gran proporción arrastran consigo el pesado fardo de un respeto a la tradición secular obstétrica que perturba su visión de los problemas clínicos, y de que es necesario mostrar a los médicos no especializados y a las propias autoridades encargadas de su instrucción un aspecto nuevo de tales problemas y de la responsabilidad de prepararlos para que en todos los casos y con la amplitud de medios que la Ciencia médica les ofrece puedan obtener el óptimo resultado del punto de vista individual y social.

Es indudable que a la obra paciente de numerosos observadores debemos el conocimiento de los problemas mécanicos de la Obstetricia y que ese territorio encierra pocas incógnitas; pero aún la Biología obstétrica es una página incompleta y la Tocurjía propiamente dicha lucha por desembarazarse del ancestral y justificado temor a la infección; lucha también contra la tradición — explicable si se tienen en cuenta los obstáculos que para el médico durante siglos tuvo la práctica de la Obstetricia — que hace de la paciencia la primera

(1) **Informe a la Sección de Ginecotocología del Congreso médico del Centenario. — Montevideo, Octubre de 1930.**

virtud del partero y del respeto supersticioso al parto por las vías naturales un dogma inquebrantable.

Voces subversivas se oyen por doquier, innovadores audaces van más allá de los que la prudencia y el buen sentido aconsejan, pero lo que es verdad incontrastable es que estamos en una encrucijada y que es menester resolverse a marchar hacía el progreso por una ruta definida y precisa.

Debo defenderme contra la fácil acusación de presentarme como un sistemático intervencionista.

Lejos de eso, entiendo que cuanto más profundos sean nuestros conocimientos más recia será nuestra oposición a las intervenciones prematuras o excesivas; cuanto mayor sea la minucia y la precisión de nuestros análisis clínicos más restrinjido será el campo de dichas intervenciones; cuanto más amplio sea nuestro conocimiento de la Fisiología, de la Biología y de la Higiene obstétricas más fecunda será nuestra acción profiláctica y de la realización de estos múltiples postulados nacerá una más frecuente evolución normal del proceso grávido puerperal con su consiguiente limitación de indicaciones terapéuticas por restricción del campo de la Patología obstétrica.

Es pues con estas ideas directrices y apoyado en una casuística excepcionalmente rica encerrada en los archivos de mi Servicio Clínico y de mi práctica en clientela, que espero poder llegar a la conclusión que la orientación quirúrgica de la Obstétrica moderna es perfectamente justificada y que esa orientación es, por la eficacia de los medios y la importancia de sus resultados, eminentemente profiláctica.

Una primera pregunta debemos formularnos antes de abordar cada una de las faces del problema.

¿Es la preparación actual de nuestros médicos suficiente para aconsejar sin reservas la aplicación de los medios quirúrgicos de terapéutica obstétrica?

Sin vacilar contestamos negativamente.

No solamente la nueva orientación exije una sólida instrucción básica obstétrica, sino también una preparación técnica quirúrgica general que ni la organización de los estudios médicos en el Uruguay satisfacen, ni la manera

como se hacen los ejercicios de clínica hospitalaria contemplan. (1)

Mientras escasos tres meses, retaceados por numerosos feriados, sean el máximo disponible para la enseñanza de la Clínica obstétrica, mientras la enorme mayoría de los estudiantes termine su carrera sin haber practicado elementales operaciones quirúrgicas o apenas ayudado a contadas intervenciones, sería tal vez aventurado poner en sus manos las armas que pueden ofrecerles las nuevas disciplinas obstétrico - quirúrgicos.

Pero no exajeremos este temor, pues tanto o más arriesgado es dar como sencillas y no peligrosas armas las intervenciones clásicas por las vías naturales, tan tradicional como erróneamente consideradas como de aplicación y pronóstico benignos.

Aunque parezca paradojal afirmo que considero mucho más aventurado, para un médico no especializado, practicar una basiotripsia o aún una versión interna en un útero vacío de líquido que una cesárea clásica. Para la primera, más de una vez no basta una larga práctica para alejar el temor de una ruptura uterina; para la segunda es suficiente la técnica general quirúrgica y la asepsia que deben haberse aprendido en los cuatro y cinco años de clinicato.

Es pues indispensable para que la práctica de la Obstetricia racional moderna penetre, se difunda y ejerza su acción bienhechora que la preparación que la Facultad de Medicina dispensa en Cirugía y Obstetricia sea más eficiente y generalizada a todos los estudiantes. Sin ella, es posible que un cierto número de médicos adquiera profesionalmente experiencia, pero bien sabemos a qué precio y en perjuicio de quién.

En la Obstetricia como en todas las ramas de la Medicina profesional no hay posibilidad pues de progreso ni de previsora acción social sin una sólida preparación inicial del futuro médico.

Otro aspecto no menos interesante tiene el problema que nos ocupa.

La nueva orientación quirúrgica de la Obstetricia exige

(1) Esta observación es valedera para casi todos los países de Europa y América.

para la grávida y para la puérpera condiciones de asistencia no siempre posibles ni siempre aceptadas por las pacientes y sus familias.

Al concepto ancestral del parto y del embarazo, situaciones fisiológicas de las que no es menester ocuparse con gran atención, concepto corriente en el público y en particular en las clases incultas (concepto que desgraciadamente comparten algunos médicos) debemos substituir el que corresponde a un estado que por múltiples razones higiénicas, económicas, hereditarias comporta una serie de riesgos que la vida moderna compleja y complicada agrava cada día y que sería culpable desconocer, con serio desmedro de la raza. No es posible desinteresarse del alcance social de los desastres obstétricos; no es solamente el porcentaje de mortalidad por accidentes grávido puerperales lo que debe alarmar, si no también el descenso en el rendimiento económico - social de las mujeres que por dichos accidentes ven reducida su capacidad concepcional, su integridad orgánica y su valor como elementos de trabajo y de producción.

Es menester difundir entre todas las esferas sociales las nociones de Higiene sexual y de Profilaxis obstétrica; es indispensable crear Centros de asistencia obstétrica para pudientes y desvalidas en los que los métodos modernos de tratamiento puedan ser empleados precoz, rápida y racionalmente.

Y es también muy necesario convencer a los médicos generales que en el interés de sus enfermas y en el suyo propio no deben emprender sobre la base de diagnósticos imprecisos o incompletos, intervenciones atípicas, parciales o prolongadas antes de solicitar la ayuda de los Servicios y de los médicos especializados.

De esta colaboración del público y de los médicos resultará un mejoramiento de la situación actual y una disminución en el número de las intervenciones graves que se practican en los Hospitales y en los Sanatorios, después que en los domicilios se han agotado todos los medios al alcance del médico general, cuando no algunos que, asombra pensarlo, hayan podido emplearse con desmedro del más elemental sentido común.

Encarada bajo este aspecto la practicabilidad de las nuevas normas de la Terapéutica obstétrica estudiaremos sucesivamente 1.° La Cirugía para - obstétrica y 2.° La Cirugía obstétrica propiamente dicha.

Cirugía para - obstétrica

Este aspecto de la orientación quirúrgica de la Obstetricia moderna ha llegado a su fase de estabilización.

El estado grávido, "noli me tangere" para los antiguos que llevaban su temor hasta prohibir las estracciones dentarias constituye hoy no solamente un estado compatible con las intervenciones quirúrgicas sino una condición que — como pasa con la apendicitis — es determinante de la operación.

Fuera de la zona genital, en una grávida normal o previamente desintoxicada no existe ninguna contraindicación para cualquier clase de intervenciones siempre que estas sean prudentemente conducidas del punto de vista de la anestesia, de la asepsia, de la duración y del traumatismo operatorios.

Cierto grupo de entidades patológicas adquieren por su coincidencia con el embarazo una importancia tal que esta coincidencia impone la intervención.

La apendicitis en sus múltiples modalidades, la litiasis biliar infectada son tipos de entidades patológicas importantes; pero no menores por su trascendencia como focos sépticos de los que puede difundirse, merced a la menor resistencia de las embarazadas, una infección grave o mortal son las infecciones dentarias o amigdalianas a las que debe oponerse una intervención quirúrgica a poco que resistan a un tratamiento médico racionalmente conducido. Estos pocos ejemplos bastarán para puntualizar el asunto.

En cuanto a las lesiones de la zona genital o de su vecindad el criterio intervencionista está subordinado a ciertas condiciones generales y a detalles de personalización del caso algo difíciles de sintetizar pero que procuraré hacerlo.

En general los riesgos de interrupción del embarazo están en relación con la mayor o menor vecindad del órgano,

sobre el que se va a intervenir, con el útero grávido. Así, los quistes ováricos, para ováricos o francamente ligamentarios pueden y deben operarse y para elegir el momento operatorio deberán tenerse presentes:

1.° El tamaño y ubicación del tumor.

2.° La edad del embarazo.

Los tumores voluminosos y que por su condición de tales mal se adaptan a la convivencia con el embarazo hasta su terminación, deberán ser operados si hubiera accidentes (torsión, infección, necrosis) en el momento de presentarse estos accidentes; si no los hubiera es posible esperar el término del embarazo para asegurarse la madurez fetal y hasta esperar, con severa vigilancia, el momento del parto para intervenir en época cercana a él o en sus comienzos. La situación previa de los tumores impone a mi juicio la intervención inmediata si el diagnóstico se realiza en el primer tercio del embarazo; la posibilidad de extraer el tumor por la incisión de Pfannenstiel, asegura la integridad de la pared abdominal apesar de la distensión gravídica y del esfuerzo muscular voluntario del parto.

Pasada esa época prefiero esperar el comienzo del parto interviniendo entonces y practicando una operación cesárea previa a la extracción del tumor si el volumen del útero la imposibilita o haciendo ésta y dejando que la expulsión por las vías naturales se haga espontáneamente o lo que es preferible, procediendo a la extracción fetal para evitar la posible discisión de la sutura reciente.

En cuanto a los miomas uterinos no es fácil establecer una regla de conducta general.

Frente a un accidente — y todos sabemos cuan expuesto a la necrósis, está un fibroma durante el embarazo — la intervención quirúrgica se impone. Miomectomía, más frecuente y posible por las modificaciones que el embarazo determina y que a menudo facilitan la enucleación.

Histerectomía subtotal si las lesiones son de tal magnitud o número o difusión que imposibiliten la conservación del órgano.

En caso de evolución silenciosa, pero situación previa,

histerotomía sub-partu y enucleación o histerectomía según resulte del examen del órgano y de su reacción contractil después de la evacuación del contenido.

Inutil considero insistir más sobre la cirugía para-obtétrica; hoy es clásica y no merece más amplia consideraciones.

Cirugía obstétrica propiamente dicha

Cirugía vulvo-vagino-perineal

Parecería extraño que inicie el estudio de esta faz del problema pero a ello me lleva el deseo de demostrar hasta qué punto la orientación quirúrgica de la Obstetricia actual es eminentemente profiláctica. Hace muchos años que sostengo y demuestro en mi enseñanza que no existe un solo periné que resista a los embates del primer feto que traspasa la vulva.

Basta para demostrarlo el examen sistemático del piso perineal de toda recién parida y el examen detenido y minucioso de todo periné de mujer multípara, meses o años después del parto.

En el primer caso una flaccidez elocuente, crepitaciones hemáticas a veces extensas, equimosis vaginales parietales, hiatus profundos, disociantes del bloque músculo-aponeurótico, fácilmente perceptibles por el tacto vagino-rectal demuestran con frecuencia bajo una mucosa y una piel intactas, la influencia del traumatismo.

Pasan los meses o los años y a menudo con una vulva y un periné estéticamente normales podemos hacer constataciones demostrativas. Horquilla muco-cutánea, intacta merced al estallido lateral de los pequeños labios, certificado por las cicatrices radiales de color nacarado, pero bajo esa piel y esa mucosa la masa músculo aponeurótica no forma el bloque piramidal de base externa. El tacto muestra una V de vértice mediano, o dos escotaduras que respetando el rafe intermedio permiten insinuar el dedo hacía las tuberosidades isquiáticas; otras veces una bandeleta anterior subsiste y un poco más allá el dedo se hunde en una foseta latero rectal.

Alguna vez un examen superficial parece desmentir la demolición perineal del parto; pero es que entonces a una elasticidad muscular poco común se ha agregado la organización de los hematomas intra - musculares, la formación de una cicatriz fibrosa profunda que reemplaza medianamente a la formación anatómica normal.

La constatación de estos hechos me ha llevado al convecimiento que la llamada "protección del periné" es una maniobra anticuada e ilusoria que solo sirve para defender la piel y la mucosa... cuando estas tienen una elasticidad suficiente para resistir al pasaje de la cabeza o de los hombros del feto, a las veces, *a pesar* de las maniobras de protección.

Visto que ellas son ilusorias y lo prueba el hecho que en manos de los más hábiles tocólogos los perinés se desgarran exteriormente de una cantidad equivalente al diámetro máximo exigido por la presentación fetal y que los demás quedan anatómicamente disociados y fisiológicamente insuficientes me pregunto si no es lo racional evitar esta disociación tan frecuente extendiendo las indicaciones de la episiotomía hasta hacer de ella el complemento obligado de todo parto bien conducido.

Compárese la defensa aleatoria del periné tan amenudo seguida de desgarros visibles o invisibles de extensión marcada, desgarros por distensión precedidos por trastornos circulatorios que determinan la fragilidad ulterior de los tejidos, con la limpieza y exactitud de la incisión quirúrgica, de bordes netos e inmediatamente suturables.

Al afirmar que la orientación quirúrgica es profiláctica encuentro en este primer peldaño un argumento favorable.

No ya la disociación anatómica inmediata sino la deficiencia funcional tardía podremos evitar con el frecuente empleo de la episiotomía oportuna. Hace algunos años me propuse contralorear el resultado funcional de un considerable número de operadas de episiotomías regularmente ejecutadas y suturadas; sorprendióme la solidez de su estática genital y la ausencia casi total de colpoceles posteriores.

Hay pues mayores probabilidades de preservar la inte-

gridad anatómica funcional del periné con una episiotomía suficiente hecha en el momento preciso que se inicia la disociación músculo aponeurótica y seguida por una sutura correcta plano por plano, que en todas las maniobras clásicas de ilusoria protección.

A la cirugía vulvo-perineal que acabamos de estudiar está íntimamente unida la cirugía vaginal.

¿Cuáles serán sus indicaciones?

Todo médico que tenga larga experiencia obstétrica debe conservar el penoso recuerdo de las maniobras intravaginales difíciles que exigen en muchos casos las intervenciones extractoras del feto, particularmente en las nulíparas.

Lo que se ha llamado: dilatación prefetal, generalmente practicada con la o las manos, algunas maniobras de dilatación cervical, en particular el método de Bonnaire, se traducen al final en traumatismos vaginales, unos visibles en forma de desgarros más o menos amplios, de bordes contusos, otros en desgarros submucosos que explican los hematomas nada raros y en caso de infección las paracolpitis, más frecuentes de cuanto se afirma. Esas maniobras libradas a la prudencia del operador son ciegas y traumatizantes y aún en aquellos casos en los que la mucosa, por gran casualidad, queda macroscópicamente intacta, pues histológicamente queda siempre lesionada, se acompañan de disociaciones de planos anatómicos, de rupturas vasculares en un todo semejantes a los que hemos descripto en el periné.

¿No tiene el tocólogo un medio de obtener el mismo resultado en un solo tiempo con la visión constante del campo operatorio, en plena posesión de los límites necesarios y suficientes de la ampliación proyectada?

Hace algunos años, en ocasión de un trabajo sobre el tratamiento quirúrgico de las fístulas vesico-vaginales difícilmente accesibles, y en particular, el método de Gray Ward insistí sobre las ventajas indiscutibles de la incisión para-vaginal de Schuckardt.

Esta incisión que da a la vagina toda la amplitud requerida para los diferentes tiempos de la cura de la fístula, que trae a la vulva, por decirlo así, el cuello, está a mi juicio llamada a tomar posición en la técnica quirúrgica obstétrica.

Compárense las maniobras manuales reiteradas y prolongadas, vectoras de los gérmenes sépticos de la región ano-vulvo - perineal, que van a sembrarse en las miriadas de lesiones epiteliales y con mayor facilidad en los desgarros, maniobras ejecutadas en la profundidad, sin más contralor que el recuerdo de las dificultades experimentadas en intervenciones anteriores, con la rapidez, la exactitud, la asepsia de una incisión al alcance de todo médico versado medianamente en las disciplinas quirúrgicas y dígase si no es imprudente aconsejar las maniobras clásicas al principiante, al inexperto que ignora, por falta de material clínico disponible, las sutiles sensaciones que señalan el momento en que la mano, instrumento inteligente se va a transformar en agente destructor bajo el influjo de inesperadas resistencias.

Creo pues que el porvenir me dará razón colocando a la incisión para - vaginal entre las intervenciones obstétricas destinadas a facilitar las maniobras cervicales o de extracción fetal, por la lógica de su técnica y su rol profiláctico de infecciones primitivas y de trastornos funcionales posteriores (prolapsos, cicatrices dolorosas, lesiones residuales vasculares y nerviosas) capaces de inhabilitar a la mujér para el integral aprovechamiento de su capacidad económico - social.

Hasta ahora no hemos encarado sino el interés materno pero, ¿no merece el feto que se le tenga en cuenta?

Es precisamente el respeto que le debemos, y del cual con frecuencia médicos y padres hacen caso omiso, el que debe inducirnos a entrar por la nueva vía.

La ampliación vulvo - vagino - perineal se obtiene valiéndose de las contracciones utero - abdominales como motor pero del feto como agente. El sufrimiento y hasta la muerte del feto son la culminación de esta lucha en que el médico contempla con orgullo un periné estéticamente intacto, aúnque el feto nazca asfíctico o con lesiones del encéfalo que si no lo matan en la primer semana, dejan con frecuencia residuos que se van a traducir en inferioridades mentales o trastornos motores de proyecciones graves para su vida futura. La práctica sistemática de las autopsias de fetos muer-

tos en el parto o en los primeros días subsiguientes me ha enseñado la frecuencia extraordinaria de hemorragias meníngeas, cerebrales, de verdaderas destrucciones encefálicas, aún en casos en que la distocia y las intervenciones estaban ausentes.

Si no bastara pues la integridad de la madre para justificar las intervenciones que defiendo, agreguemos, en el interés de la raza, la importancia de que el feto no solamente nazca maduro al término del embarazo, sino que el parto no sea para él una prueba de resistencia en la que agote sus reservas para la vida extrauterina.

Cirugía cérvico-segmentaria

Deliberadamente empleo esta denominación porque considero que es necesario una participación más o menos extensa del segmento inferior para que las incisiones de esta región dén el máximo resultado y no lleguen a él por una verdadera distensión forzada de tejidos que culmina casi siempre en un desgarro con todos sus inconvenientes.

Es tal vez esta cirugía la que menos resistencia ha hallado en los medios obstétricos desde remota época; pero en realidad las ventajas que pueden recojerse de su empleo solo han podido alcanzarse desde que, mejor estudiada la región anatómica de su aplicación, se han fijado estrictamente su técnica y sus limitaciones.

Representada su indicación capital por la urgencia de una evacuación uterina rápida, es de todo punto necesario entenderse sobre la manera de realizarla.

Nadie duda que la "dilatación" propiamente dicha del cuello no se obtiene jamás con el útero en reposo; en los úteros grávidos de corta edad es bien sabido que, fuera de todo trabajo de aborto, lo que obtenemos con las bugías de Hegar, por ejemplo, es una permeabilización precaria que nos lleva apenas pasado cierto calibre a estallidos del cuello que no por pasar desapercibidos dejan de constituir puertas de entradas para la infección y más tarde cicatrices que pueden ser el punto de partida de rupturas del segmento inferior en partos posteriores o de inesperadas rigideces cervicales.

Cuando, llegado el final del embarazo, pretendiéramos fuera de todo trabajo de parto, obtener de un cuello largo y cerrado una permeabilización rápida y completa por los medios habituales (globos, dilatadores metálicos, maniobras manuales) en realidad practicaríamos un parto forzado, proscrito justicieramente, desde hace más de dos siglos, de la práctica tocúrjica. La experiencia demuestra que el éxito de los globos de Champetier y análogos es tributario de la contracción uterina. Pretender pues la dilatación suficiente de un cuello uterino fuera de todo trabajo de parto con los medios llamados obstétricos es una ilusión peligrosa. Es por eso que de mucho tiempo atrás se ha propuesto y ensayado la incisión cervical primero y su extensión al segmento inferior después.

Pero a poco que se estudie la anatomía obstétrica de la región, se llega a la conclusión que para que las incisiones den una permeabilización suficiente para la fácil salida espontánea o la extracción de un feto es indispensable que ellas alcancen el nivel de la circunferencia máxima de la presentación. No se concibe pues el empleo de las incisiones del cuello aislado, cuando la presentación, elevada, no ha distendido el segmento inferior y, llegado este caso, con frecuencia ellas deben rebasar el orificio interno para avanzar sobre una porción más o menos extensa de dicho segmento.

En estas condiciones se explica que sin esfuerzo la cirugía cérvico segmentaria haya adquirido su puesto en la terapéutica de todas aquellas situaciones clínicas en las que, llenados los requisitos enunciados, una terminación rápida del parto es de toda urgencia (Eclampsia, accidentes grávido cardíacos, etc.).

Pero hay una indicación corriente en todos los clásicos que demostrará hasta qué punto no me guía ningún entusiasmo sistemático al apoyar decididamente la orientación quirúrgica de la Obstetricia.

La rigidez del cuello se señala como una principal indicación de las incisiones cervicales

Y bien, hace largos años que me esfuerzo en difundir la noción de que es necesario encarar esta eventualidad enojosa con criterio físio - patológico.

Las incisiones del cuello, cuando él es el obstáculo y aún no se ha producido la ampliación del segmento inferior, no responden a un criterio racional y por su insuficiencia exponen a serias lesiones del segmento inferior y aún de órganos vecinos en el momento de la evacuación uterina.

Es menester recordar que el mecanismo de producción de la rigidez en sus primeras etapas—es decir cuando todavía no han aparecido los signos de infección cervical y amniótica que exigen otra terapéutica — está íntimamente ligado al funcionalismo del útero; con excesiva frecuencia esa rigidez, al principio meramente edematosa es determinada por la viciación de los factores normales de la dilatación y del borramiento del cuello (ausencia de bolsa de aguas, presentaciones atípicas, viciaciones pélvicas, contracciones uterinas anormales) y que en esa situación lo racional es restablecer por lo menos aquellos factores sobre los que podemos ejercer alguna acción; y como de todos ellos la contracción uterina es el más accesible, se comprende que hacia ella se dirigirá nuestra atención. El empleo generoso de la morfina - atropina y del sulfato de magnesia trae consigo una sedación general y local que se traduce con gran frecuencia en una regularización del trabajo de parto y en una terminación espontánea o a lo sumo reducida a una intervención estractiva de poca monta.

Se comprende fácilmente que el cuello libre de la presión que lo lamina entre la cabeza y la pélvis, solicitado por una contracción uterina regular e intermitente recobre las condiciones normales de su circulación disipándose el edema que lo hacía rígido e impermeable.

Queda bien entendido que esta intervención netamente médica y tan favorable en sus resultados resultará inoficiosa cuando, por haber dejado persistir la situación clínica anormal o haberla agravado con el empleo de ocitócicos, al simple edema del cuello se agregan los hematomas intersticiales y la invasión microbiana que determinan lesiones irreparables.

En estos casos que el tocólogo deberá recurrir a toda su experiencia y a toda su ciencia para optar por la vía conve-

niente y más adelante veremos si la tradicional vía vaginal es o no preferible en estos casos a una cirugía más audaz pero que perfeccionada día a día está llamada a ocupar una situación preponderante en la Obstetricia del futuro. En resumen como se vé, bien justificada está la Cirugía cervico-segmentaria. Corresponde solamente enfocar sus indicaciones precisas para obtener de ella los mejores resultados sin exponerla, por extensión desmedida de sus indicaciones, a fracasos que pueden menoscabar su importancia.

Cirugía uterina corporal

Nacida por el deseo de suprimir las eventualidades del impacto pelvi-fetal en los casos de viciación pélvica, es esta Cirugía la que más discusiones ha provocado, más que en el perfeccionamiento de la técnica, en la extensión de sus indicaciones.

En lo que respecta a la técnica cabe decir que su marcha de progresivo mejoramiento ha corrido parejas con los adelantos de la Cirugía abdominal general.

De tiempo en tiempo y entre los inevitables fracasos imputables a defectos de procedimiento, ramales diverjentes han pretendido significar progresos que la experimentación clínica pronto redujo a sus verdaderas proporciones, cuando no sepultó esas tentativas en el olvido.

Dígalo sino el rápido ocaso de las histerotomías mal llamadas "extraperitoneales" y de las que la operación de Portes es un fugaz sucesor; igual significado tienen las ofensivas de las pelvitomías, que como lo veremos al ocuparnos de ellas, benefician más de los fracasos que de las contraindicaciones de la Cirujía uterina. Poco me extenderé sobre la técnica de la cirujía uterina corporal. Ella debe ceñirse, aséptica o séptica, a los preceptos generales de toda sana Cirujía abdominal general.

Todo lo que de esta premisa capital se aparte traerá consigo un vicio básico que la experiencia transformará en factor de nulidad notoria.

Preparación y realización deberán yúxtaponerse a es-

trictos principios que, por regir toda la Cirugía visceral abdominal, deben empeñosamente aplicarse a la Cirugía corporal uterina. No es posible que distintos medios sean aplicados a una vesícula biliar séptica y a un útero séptico.

Es el desconocimiento de esta verdad prima lo que ha hecho surgir procedimientos de los que el ya olvidado "parto de Buda" es el exponente más extraordinario.

Simplificar el acto operatorio, disciplinar la técnica, reducir al mínimum el traumatismo es la triade sobre la que debe reposar la Cirugía uterina corporal.

Dentro de este marco caben todas las iniciativas, que no serán muchas ni muy variadas si se tienen en cuenta únicamente procedimientos que llenen esas condiciones.

De ese punto de vista no puede dudarse que las histerotomias segmentarias constituyen un progreso tal que están llamadas a substituir a la histerotomía clásica corporal en la mayor parte de sus indicaciones.

Las seguridades de presente y de futuro que da la incisión del segmento inferior, la defensa eficaz del peritoneo alto que proporcionan los colgajos peritoneales superpuestos a la sutura uterina, la posibilidad de aislar en el acto operatorio el campo de acción del cirujano con la exteriorización uterina, la defensa con compresas y la aspiración continua hacen de las histerotomías segmentarias el arma segura para resolver situaciones clínicas angustiosas, que hasta hace poco tiempo impulsaban a los tocólogos a intervenciones, al parecer menos graves, pero en realidad más imperfectas.

Terminaré estas consideraciones afirmando una vez más el valor extraordinario del saco de Mickulicz, bien aplicado, en los casos dudosos o sépticos y extraído tardíamente. Para estos casos el cirujano no debe olvidar la importancia de la sueroterapia maciza antigangrenosa y antiestreptocóccica así como la terapéutica médica indispensable para combatir las toxemias consecutivas al traumatismo quirúrgico-puerperal; a ella me refería cuando he aludido a la preparación de la enferma. Preparación previa y profilaxis de los accidentes del período post-operatorio colaborarán enérgica-

mente para que la Cirugía racional empleada dé el máximum de resultados favorables.

Decía más arriba que el campo de discusión de la Cirugía uterina corporal se limitaba casi exclusivamente hoy día a las indicaciones. Reservadas primitivamente a la distocia pélvica por desproporción, las histerotomías han ido poco a poco ensanchando su esfera de acción de tal suerte que una considerable masa de opinión ha podido erguirse contra lo que se ha llamado "el abuso de la cesárea."

En este movimiento adverso a la difusión excesiva de la metro-cirugía pueden distinguirse dos grupos netamente definidos.

A. Comprende todos los ginecotocólogos, entre los que me afilio, que consideran que el parto es un acto fisiológico cuya marcha no debe perturbarse artificialmente, cuya evolución debe prepararse y vigilarse empleando todos los medios que la Higiene obstétrica pone a nuestro alcance, y en el que la intervención debe encuadrarse en el conocimiento de sus etapas normales y reducirse — como lo hemos establecido al estudiar la Cirugía vulvo-vagino-perineal — a las maniobras quirúrgicas destinadas a prevenir los destrozos que el traumatismo del parto provoca y las consecuencias próximas y tardías de dicho traumatismo.

Este grupo anhela el descubrimiento de un método que suprima el injusto sufrimiento del parto sin perturbar su evolución fisiológica, ni provocar consecuencias desfavorables para la madre y el hijo.

A la vez entiende que llegará un día, tal vez no lejano que conociendo con exactitud el factor que al término del embarazo despierta las contracciones uterinas del trabajo de parto, podrá este iniciarse en fecha y hora voluntariamente favorables, suprimiendo así los «aleas» de una espera más de una vez perjudicial para la madre y el hijo, sin correr el riesgo que la incompleta madurez de este último malogre sus probabilidades de vida extrauterina.

Hasta el momento actual, cualquiera sea su buena voluntad, llámense Potter o Delmás, los que han pretendido

obtener el parto a fecha fija han empleado medios en nada comparables a la sutil manera con que la Naturaleza despierta, probablemente con agentes biológicos, la contractilidad expulsiva del útero.

Para este primer grupo de Ginecotocólogos la extensión de la Cirugía para la resolución de un cierto número de distocias y complicaciones grávido-puerperales, representa un progreso evidente, pues que suprime las incertidumbres y los peligros de las soluciones puramente obstétricas de dichas distocias y complicaciones. No se les oculta a los que en él militan que esta orientación moderna exige una formación técnica, una orientación espiritual y hasta — por qué no decirlo — una determinación ejecutiva a las que es poco propicio el horizonte voluntaria y tradicionalmente circunscrito de la Obstetricia clásica. Pero así como ésta ha dirigido proyecciones tentaculares hacia la Fisiología, la Biología, la Patología general y hasta la Medicina Social, no puede admitirse que no se dirija con igual ansia de progreso hacia la Cirugía, porque los llamados a enseñarla y practicarla carezcan de condiciones para ello.

B. Este grupo, tradicional en sus orientaciones, entiende que la Cirugía uterina corporal debe limitarse estrechamente a los casos en los que una solución por las vías naturales es imposible. Pesan en su ánimo las cifras de la mortalidad inmediata que ennegrecen la estadística de dicha Cirugía; entiende que un número considerable de mujeres ha corrido innecesariamente un riesgo de muerte, al que hubiera escapado utilizándose las maniobras clásicas. Estima que la Cirugía corporal uterina apareja un peligro evidente para los partos subsiguientes y atribuye a un progresivo decrecer de la habilidad obstétrica, propiamente dicha, la difusión de la Cirugía obstérica moderna.

Hasta no falta quien atribuya la orientación actual al vertiginoso vivir actual que se opone a las largas esperas y a las pacientes contemporizaciones.

Este es en resumen el grupo de objeciones más impresionantes. Pasemos a apreciarlas y empecemos por el último argumento.

Es evidente que dentro de las condiciones actuales del ejercicio profesional las largas horas que a las veces dura un trabajo de parto son poco compatibles — en el médico general que no puede ni quiere substraerse al ejercicio de la Obstetricia en su clientela — con la movilidad que le exige su labor profesional. Pero este inconveniente, de hecho queda subsanado entre nosotros pues en el intervalo de sus visitas el médico encarga de la vigilancia de la paciente y del cumplimiento de sus indicaciones a una partera o a una nurse obstétrica, reduciéndose su estadía al lado de aquella al período de expulsión; este argumento es aún menos valedero cuando la mujer parturiente se asiste en un Sanatorio o un Hospital, rodeada de todos los medios de llenar en un plazo mínimo cualquier indicación urgente.

Por lo que respecta a la atención menor que se le presta a un cúmulo de maniobras puramente obstétricas cuyo conocimiento era — cuando el Tocólogo no tenía más vía segura que la vaginal — absolutamente indispensable, no puede dudarse que el hecho es cierto. Basta recorrer los nuevos Tratados, seguir de cerca la presentación de observaciones en las sociedades y las revistas para convencerse hasta que punto se ha ido perdiendo el hábito de aquellas maniobras.

A los complicados y difíciles detalles de una aplicación de forceps en el estrecho superior prefieren los maestros oponer un veto formal. Las múltiples maniobras de la mano, del forceps o de la palanca para reducir ciertas posiciones anormales han sido sustituidas por reglas generales de las que rara vez el médico práctico obtendrá gran beneficio... si las recuerda. Y así es de alta la mortalidad fetal en clientela civil.

Queda bien entendido que estas consideraciones no rigen para el médico especializado que por sus funciones está en la obligación de no ignorar nada de lo que se ha hecho o se puede hacer. Pero como en nuestro país ningún médico se rehusa — y muchas veces su clientela se lo impone — a hacer Obstetricia, es de toda evidencia que hay que ofrecer a

estos profesionales las soluciones adecuadas a su preparación técnica y en realidad las sutilezas de la Tocurgía clásica escapan a su competencia.

¿Qué valor tiene la objeción fundada en el riesgo que toda histerotomía trae aparejado para los partos subsiguientes?

Este riesgo es indiscutible. Las cesáreas clásicas tomadas en block provocan la ruptura uterina en algún parto posterior en una proporción que oscila del 2 al 5 o|o, porcentaje muy superior al de la ruptura espontánea en general. Pero no debemos olvidar que este porcentaje se ha obtenido amalgamando estadísticas de todo origen. Sería interesante saber el porcentaje en series provenientes de un grupo de cirujanos que siguen la misma técnica; deberían aislarse los casos en que el período post - operatorio fué normal y aséptico, de aquellos en que fué perturbado por complicaciones; convendría analizar qué material y qué tipo de sutura fué empleado y muy particularmente determinar qué cuidados se tuvieron en el curso del parto subsiguiente y en qué momento se produjo la ruptura.

Tengo la certeza que, en los casos de ruptura, más de una vez encontraríamos la cesárea en campo séptico, las operaciones estrictamente clásicas, sin exteriorización, las suturas también clásicas; parturientes a las que se ha permitido la expulsión espontánea, sin contar las veces en los que la historia indica la administración de un ocitócico.

Eliminando estas condiciones adversas la probabilidad de rotura uterina disminuye considerablemente; en mi servicio es hasta este momento inferior al 1 o|o.

Pero si este argumento puede esgrimirse contra la cesárea corporal clásica, todo induce a afirmar que la difusión creciente de la histerotomia segmentaria tiene que reducir el riesgo citado en proporciones considerables. Sutura en una región no tironeada por contracciones enérgicas y por consiguiente sutura sólida y estable; protección peritoneal eficaz y propicia a evitar las adherencias tan frecuentes después de la histerotomía clásica son dos factores

principalísimos para colocar al útero en condiciones de resistencia en los partos siguientes.

En un trabajo reciente y muy documentado he encontrado el dato siguiente: 11 rupturas uterinas en partos subsiguientes a 25.000 histerotomías segmentarias, es decir una proporción de poco más de 1 en 2500 operaciones (0.04 o|o); juzgando con el peor de los pesimismos — lo que no se ha hecho con las cesáreas clásicas — y suponiendo que no se hubieran publicado sino el 1 % de los casos de ruptura y que en cambio se hubieran publicado todas las histerotomías segmentarias, la probabilidad de ruptura uterina descendería a 0.40 % ! Cualquiera sea el arte de hacer decir a los números lo que en secreto se anhela, la superioridad de las cesáreas segmentarias surge indiscutiblemente. Más aparatoso es el argumento del riesgo de muerte inherente a la Cirugía corporal uterina; es difícil zafarse de él si se tiene en cuenta que cuando una mujer se muere en los días siguientes a una cesárea es fácil atribuir a ésta toda la responsabilidad de la catástrofe. Pero aquí también; cuántas lagunas para apreciar esta responsabilidad!

La mortalidad neta es de 4 a 5 % para la cesárea clásica y de 1 % para la segmentaria; pero esta mortalidad global comprende los casos de elección y los casos de necesidad, los casos puros operados en el momento propicio y aquellos bastante frecuentes en los que la paciente llega a la mesa de operación después que uno o varios colegas han agotado durante largas horas los recursos de la "Obstetricia clásica".

Dígalo si no lo que hemos demostrado en la placenta previa central o parcial, y precisamente esta grave complicación ha sido y es aún un campo de discusión. Por mi parte me opongo en este caso, como en tantos otros al "escalonamiento" de medios terapéuticos, convencido que debe irse desde el primer momento al método indiscutiblemente eficaz sin perder el tiempo y las reservas energéticas de la enferma en tentativas destinadas, no solamente a fracasar, si no a comprometer gravemente el éxito de las intervenciones finales.

Además, y esto es en mí convicción profunda, hay todavía en Cirugía abdominal obstétrica timideces y vacilaciones

y lo que es más grave, desconocimiento e inaplicación de técnicas y de preceptos quirúrgicos fundamentales aplicables a los procesos sépticos del abdomen.

En un trabajo publicado hace algunos meses a propósito de la operación de Portes he establecido en forma precisa lo que creo deba aplicarse estrictamente en la Cirugía séptica obstétrica. No hay razón de tener principios directores distintos para abrir una víscera abdominal supurada y un huevo con infección amniótica. Tenemos sobre los cirujanos abdominalistas la ventaja de operar sobre un peritoneo mucho más resistente; lo razonable, pues, es valerse de este privilegio para obtener de las técnicas, que a aquellos proporcionan brillantes éxitos, resultados muy superiores a los obtenidos hasta ahora.

Pero ¿están los partidarios de la Obstetricia clásica tan seguros de que las nuevas orientaciones sean tan peligrosas como lo pregonan ellos?

Hagamos nuestro examen de conciencia, recordemos lo que en nuestras manos, hábiles por virtud del copioso material que la clínica hospitalaria pone a nuestra disposición, ha pasado con las parturientas cuya situación hemos resuelto clásicamente.

Afirmo rotundamente que toda intervención laboriosa por la vía vaginal es, por definición, séptica, aunque a las veces y por fortuna la resistencia de la enferma parezca demostrar lo contrario. Si podemos estar seguros de nuestra mano enguantada al hacer nuestro primer tacto, en los sucesivos iremos sembrando los gérmenes vulvo perineales en las múltiples erosiones de la vagina y del cuello.

¡Quién hará jamás la estadística de los casos tratados "clásicamente" en clientela por los médicos no especializados, a quienes todos hemos enseñado de preferencia la vía vaginal para resolver la distocia y las complicaciones del trabajo!

A igualdad de distocia quién nos dirá jamás cuántas mujeres han muerto de infección precoz, de rupturas uterinas ignoradas, de agotamiento, de acidosis, de supuraciones prolongadas abdominales, de tromboflebitis! ¡Cuántas

han pagado con un final precoz de vida dolorosa las secuelas que el traumatismo y la infección dejaron en sus venas, en sus linfáticos, en sus nervios pelvianos, en sus articulaciones. Si de la morbosidad y de la mortalidad maternas pasamos a la fetal el asombro sube de punto. Basta oir la referencia de los partos distócicos o complicados para convencerse que si la enferma escapa a veces milagrosamente a la muerte, el feto es la víctima expiatoria de los procedimientos clásicos.

Forceps laboriosos, versiones difíciles, rotaciones manuales e instrumentales de la cabeza, maniobras de Braxton Hicks, tentativas estériles de reintegración de cordones procidentes, et. sic et cœteris, todo al final se traduce en la extracción de un feto muerto o que muere algunas horas o días después, con un diagnóstico de fantasía, sin que la autopsia haya demostrado las fracturas craneanas, las hemorragias cerebrales, los estallidos del hígado que han sido el resultado lógico de maniobras de violencia, pero perfectamente clásicas.

Esto pasará también en nuestros servicios clínicos mientras no tengamos la valentía de marchar resueltamente por las vías nuevas. Pero esta es tarea árdua, pues de llevarla a cabo sistemáticamente nos exponemos a inculcar esos preceptos en futuros médicos mal preparados para llevarlos a cabo.

Tenemos que pasar y estamos pasando un período de transición durante el cual, poco a poco, con una casuística demostrativa, con el acopio de observaciones indiscutibles, deberemos convencer a los recalcitrantes que al defender las nuevas orientaciones defendemos un precepto capital de Obstetricia, a saber que toda violencia debe ser desterrada, y en múltiples casos las maniobras clásicas por vía vaginal son en principio o se vuelven durante su desarrollo, maniobras de violencia, pues que si en absoluto no parecen ser tales, lo son en relación a ese factor desconocido que es la fragilidad del feto.

Los resultados obtenidos en las distocias pélvicas, aun

relativas, en las procidencias del cordón, en las mentoposteriores irredutibles, en la placenta previa, en la apoplejía útero - placentaria, para no citar sino las más discutidas extensiones de la cirugía corporal uterina, la supervivencia fetal, la normalización de los puerperios, el descenso en la mortalidad materna son elementos de juicio capaces de convencer a los más obcecados opositores. Pero para que esto suceda es menester, como lo decía al principio, no solamente que las indicaciones se llenen precozmente y oportunamente, sino también que se utilicen técnicas impecables de Cirugía abdominal.

Si por un tiempo la extensión quirúrgica de la Obstetricia quedará reservada a los médicos especializados y a los Servicios clínicos montados con todos los perfeccionamientos, en un futuro, que deseo próximo, podrá extenderse a todos los médicos cuando estos tengan la preparación básica que les habilite para discernir con precisión las indicaciones y realizar con correción las intervenciones.

Si en el campo de la Cirugía uterina conservadora las discusiones son todavía ardorosas, en la Cirugía demoledora — muchas veces heredera de la inoportuna, prolongada e ineficaz aplicación de la Obstetricia clásica — se ha llegado más pronto a un acuerdo.

Nadie discute la legitimidad de la histerectomía subpartu en los casos de miomatosis, múltiple o complicada (infección, necrosis), de presentaciones anormales con infección amniótica profunda, en la apoplejía uterina con lesiones extensas e incontractilidad del útero, en la putrefacción fetal con estracción muy difícil o imposible, en la ruptura uterina.

A este respecto caramente han pagado algunas de mis operadas las tentativas, hechas por mí o por mis asistentes, de extracción fetal clásica previa a la laparatomía. Cualquiera sea la conducta que se siga en esta, conservadora o demoledora, es evidente que la extracción por las vías naturales agrava sensiblemente el pronóstico operatorio inmediato.

Cierto que a las veces el diagnóstico inesperado o presunto sólo se hace después de dicha extracción, pero tentado estoy de aconsejar, para los casos en que se presume posible una brecha uterina, de hacer una punción abdominal para averiguar la existencia de sangre libre.

No digo ya la versión podálica, sino el simple forceps en la excavación agravan el schock. En el campo de la cirugía demoledora merece particular atención la posibilidad de hacer una isterectomía sub - total con feto vivo sin necesidad de la cesérea previa.

Cuando una contemporización excesiva o maniobras inoportunas no han comprometido la vitalidad fetal he podido comprobar que un término de 5 minutos, por lo menos, puede transcurrir sin matar al feto, entre el pinzamiento o la ligadura de los pedículos vasculares uterinos y la abertura del útero por un ayudante, lejos del campo operatorio. Aquella maniobra que, junto a las ya aconsejadas, disminuye las probabilidades de contaminación peritoneal debe tomar su sitio en la técnica corriente. Menos firme es la situación de los defensores de la Histerectomía abdominal o vaginal en las infecciones del postparto. Guiados por un conservadorismo finalista, del que yo mismo me acuso, se posterga la extracción del útero hasta un momento en el que la toxi - infección ha agotado las reservas de la enferma.

Es menester reaccionar contra esta tendencia, y aunque a las veces sea doloroso tener que mutilar a una joven en plena época de fertilidad, tendremos que ir a ello frente al terrible pronóstico de la retención séptica de fragmentos placentarios con imposibilidad o peligro de su extracción directa.

Una indicación reciente de la histerectomía es absolutamente racional; me refiero a las formas metrorrágicas de la infección puerperal; su pronóstico casi siempre mortal, autoriza todas las audacias.

Cirugía obstétrica pelviana

He dejado para el final este aspecto de la cuestión por considerar que se presta a consideraciones del mayor interés y actualidad. Nacido al ejercicio de la Obstetricia en el momento que a la sujestión de Morisani y Spinelli respondían las admirables demostraciones anatómicas de Farabeuf y las observaciones clínicas de Pinard y Varnier estoy en condiciones de sustentar opiniones exentas de todo prejuicio.

Hija de la ingeniosidad y de la audacia del estudiante de Medicina Sigault, la Sinfisiotomía ha tenido avataros periódicos y muy instructivos.

Desaparecida practicamente de la Obstetricia clínica, de igual manera que la cesárea, hasta el período Listeriano, surge de golpe a la notoriedad cuando las esperanzas que había hecho nacer la Cesárea se marchitan porque la Cirugía abdominal incipiente no da a ésta la seguridad esperada.

Una verdadera explosión de entusiasmo sigue al renacimiento de esta nueva vieja operación. Se multiplican los puntos de sección pélvica, se describen múltiples procedimientos. Pero en menos de diez años los fracasos y los muertos la llevan casi al olvido; sólo por excepción se practican pelvitomías.

Como aún la técnica de las cesáreas en campo infectado es defectuosa surge la racha de las cesáreas extraperitoneales y un medio centenar de técnicas demuestra, por su número, que ninguna era buena.

Caen las cesáreas eytraperitoneales como cayeron las pelvitomías, mientras la técnica de la Cirugía abdominal va progresando y casi contemporáneamente aparecen las cesáreas segmentarias y resurge con limitadas pretensiones la sinfisiotomía subcutánea.

Si se sigue con alguna atención esta evolución de la Obstetricia se justificará mi afirmación: las pelvitomías viven más de los fracasos de la Cirugía uterina obtétrica que de sus propias indicaciones.

Cierto es que se ha querido ampliar el margen de sus

indicaciones pero en verdad sólo en las viciaciones pélvicas subsiste una zona de posible defensa y aún ésta en proporciones reducidas.

Limitar a las estrecheces inferiores a 9 cms., y eso en las pelvis anilladas, es exigir de los médicos prácticos — Cuyo interés y capacidad se pretende amparar con la nueva sinfisiotomía — diagnósticos finos que con frecuencia serán sorpresas de intervención.

Hay además, cualquiera sea la peligrosa seguridad que da la sinfisiotomía de Zárate, que contempla una serie de requisitos para que esta sea una intervención fácil, anodina, rápida, factible con un simple cortaplumas.

Asepsia perfecta, penetración limitada del bisturí para respetar los plexos venosos retropubianos, limitación de la separación pubiana para evitar la diéresis sacro iliaca, expulsión espontánea del feto para ponerse a cubierto de las lesiones difícilmente limitables que el forceps o la versión pueden provocar en los tejidos del canal pelvi-genital desprovistos temporariamente de sus sostenes óseos.

El desconocimiento de todos estos requisitos o la simple fragilidad de los tejidos maternos explica la frecuencia de las lesiones vésico uretrales inmediatas. Si esto sucede en Servicios clínicos perfectamente organizados, es de suponerse lo que acontecerá en la práctica civil. No, la sinfisiotomía no es una operación banal e inofensiva. Si su técnica es fácil, sus indicaciones son de apreciación delicada. Felizmente con estas indicaciones limitadas y en un país como el nuestro, en el que las viciaciones pélvicas son pocos frecuentes, no es de temerse una difusión peligrosa de la sinfisiotomía.

¿Quiere decir ésto que la sinfisiotomía deba proscribirse? Sería carecer del sentido de la realidad hacer tal afirmación.

Frente a una distocia pélvica en campo infectado, en un ambiente impropio o sin ayudantes idóneos para intervenciones quirúrgicas abdominales, el médico práctico encontrará en ella una solución impuesta. Pero ¿no será esa infección, cuando se actúa en ambiente urbano, el mejor indicio de una mala asistencia?

Para que la sinfisiotomía, tipo Zárate, sea una operación útil, es menester despojarla de esa apariencia de benignidad, que con fines loables de propaganda pero peligrosas contingencias de aplicación, se la ha introducido en la práctica obstétrica. Cuales quiera sean pues las ventajas, no siempre reales, de la cirugía pelviana, su campo de acción es incomparablemente más estrecho que el de la cirugía obstétrica abdominal; a medida que la técnica de ésta se perfeccione, las ocasiones de recurrir a aquélla serán cada vez menos frecuentes.

Al llegar al término de esta extensa exposición me asalta la duda de haber abarcado en toda su extensión un problema que apasiona a la presente generación obstétrica. Hay talvez en el fondo de muchas disidencias un concepto primario que las explica. Convencido defensor de la Simbiosis Gineco-Obstétrica he encarado siempre todos sus problemas con criterio uniecista.

Cualesquiera sean los esfuerzos de los cirujanos para escindir estas dos ramas de un tronco común, cada día se acercan y se fusionan más.

La Ginecología, médica y escolástica hasta el advenimiento de Pasteur y la difusión de las ideas de Lister, dió un formidable avance el día que los médicos se atrevieron a tratar quirúrgicamente las Ginecopatías y redondeó su personalidad entre las Ciencias médicas el día que pidió a las Ciencias fundamentales de la Medicina, luces para resolver problemas clínicos contra los que el bisturí era impotente.

Con un retardo de treinta años, (debido, particularmente en Francia, a la modalidad espiritual de sus dirigentes), tócale a la Obstetricia recorrer idéntico camino y para ello desearía que el presente informe fuera para nuestro país, más que una meta, un punto de partida.

No se me ocultan las dificultades del tema en sus relaciones con la Obstetricia profesional, pero es deber de los que hemos visto mucho y errado no pocas veces, ver claro en el pasado para evitar a los que llegan los titubeos y los errores.

La documentación que me ha servido para redactar este informe está encerrada en las historias clínicas de mi Ser-

vicio clínico. Allí, en el estudio detenido de cada observación, si se sacan enseñanzas sobre lo que se debe hacer, alguna vez se aprenderá lo que no se debe hacer.

Y es la meditación sobre los casos difíciles o infaustos la que me ha llevado a afirmar que la Obstetricia al entrar decididamente en la vía quirúrgica, lejos de renegar de un pasado milenario, busca realizar el postulado de hacer que la Maternidad sea un hecho que, espontáneo o artificial, tenga como consecuencias una madre sana y un hijo sano.

II.—Obstetricia social

[illegible]idad profesional, moral y social en gíneco-tocología

Señores:

Una vieja costumbre que data de la época que dictaba el curso teórico de Obstetricia y Ginecología en la Facultad de Medicina, me induce a iniciar este año la enseñanza con un tema que, aunque aparentemente destinado a interesar sólo a los que en un porvenir próximo se dediquen a esta especialidad, tiene un alcance práctico considerable, pues las contingencias de la profesión colocarán a la mayoría de ustedes, con relativa frecuencia, frente a problemas que sólo podrán resolver si tienen una visión clara de los elementos de juicio sobre los que fundar una solución oportuna y apropiada.

El médico general, el práctico, como a veces con cierto injustificado desdén acostumbra designársele, por la manera como ejerce la Medicina, por el justo ascendiente que adquiere en el seno de las familias a las que presta su abnegada asistencia, es a menudo consultado, y no puede sustraerse a ello, sobre cuestiones a las que sólo estará habilitado a responder si une al sentimiento profundo de su responsabilidad, conocimientos que sin ser de aquellos exigibles solamente al que se ha especializado en Ginecotocología, no puede eximirse de poseer, pues forman parte del bagaje científico que debe adquirir durante su paso por las aulas de la Facultad de Medicina y robustecer con la observación constante del variado material clínico que la profesión va a hacer desfilar ante sus ojos.

De todas las profseiones que puede ejercer el hombre, es la Medicina una de las que yerguen ante su conciencia los

más angustiosos problemas, como que encierran la posesión y conservación de dos preciados bienes: la salud y la vida; de ahí la necesidad de desarrollar todas las fuerzas morales e intelectuales que tiendan a vigorizar los medios de defender a nuestros semejantes contra las múltiples asechanzas que puedan poner en peligro su integridad física y psíquica. Más avanza el médico en la vida, y más a menudo y con creciente intensidad aprecia la magnitud de su misión, aceptando sólo como un mal inestable las ignorancias del momento, que le hacen a veces espectador impotente de hechos que un optimismo de buena ley le predice llamados a desaparecer en el futuro con un mejor conocimiento del origen y evolución de los procesos patológicos.

Circunscribiendo nuestra exposición al campo de la Ginecotocología, veamos las circunstancias en las que la responsabilidad profesional hallará ocasión de ejercerse y en qué forma podrá dársele cumplida obediencia.

Sin llegar a aceptar el aforismo hipocrático "que hace del útero el origen común de las enfermedades que aflijen a la mujer", ni la frase de Wirchow "que la mujer es sólo mujer por sus ovarios", no puede dudarse de la importancia que el desarrollo normal y el buen funcionamiento de su aparato sexual ejercen sobre toda su vida moral y física.

Menos importante en los extremos de la vida, la niñez y la vejez, en esos dos períodos en que la diferenciación sexual es menos marcada y tiende a esfumarse, adquiere la fisiología sexual, desde la adolescencia hasta la menopausa, un predominio capital que explica el interés que médicos, psicólogos, moralistas y sociólogos le prestan con creciente atención.

Las profundas modificaciones que la madurez sexual imprime al organismo femenino, la honda huella que la impregnación ovular y el desarrollo del óvulo fecundado provocan, las reacciones biológicas intensas que explican su desequilibrio funcional frecuente, justifican que el médico no desprecie ocasión de acopiar datos, experiencia y enseñanzas para conducir a la mujer incólume, sorteando los múltiples escollos que amenazan comprometer su misión fundamental de perpetuar la especie. En cada uno de los períodos en que

ha podido dividirse la vida de la mujer, existen motivos peculiares, que exigen la opinión del médico, y como las consecuencias de ésta son decisivas, su responsabilidad, como lo decía al principio, está fuertemente comprometida.

Lejos de mí la idea de agotar un tema vastísimo; voy a tratar de exponer sólo algunos claros ejemplos.

La niña tiene apenas unos días y la madre observa con extrañeza que después de una noche agitada presenta una marcada tumefacción mamaria. Nunca falta una entendida que aconseje la expresión y ésta se hace a veces con tal violencia que una contusión profunda es la causa de un absceso que puede destruir la glándula. Tengo en mis observaciones el caso de una jóven madre obligada a lactar con un solo pecho por atrofia completa del otro, atribuible sin duda alguna a un absceso provocado a los pocos días de su nacimiento. Un oportuno consejo del médico lo hubiera evitado, demostrando que esa fluxión mamaria es de igual orígen y significado que la pseudo menstruación de la primer semana de vida, un fenómeno fisiológico que debe respetarse prudentemente.

Durante la infancia, con frecuencia es consultado el médico por un flujo vaginal, al parecer insignificante. A menudo es el gonococo que anida allí precozmente. No descuiden ustedes esa localización, no solo será largamente rebelde al tratamiento, sino que puede dar lugar a serias complicaciones extragenitales, sin contar los residuos locales, fuente de trastornos tardíos al instaurarse la menstruación.

¡Cuántas veces la vulvo - vaginitis de la niña sirve también para despistar una vieja cervicitis materna! Cuando no es la gonococcia, son esas leucorreas purulentas, huellas de una vulvo - vaginitis sarampionosa o escarlatinosa, descuidadas o inadvertidas. Hace algunos años ví una desgraciada mujer de unos 28 años, condenada a insoportable dismenorrea y a neuralgias pelvianas extremadamente dolorosas, consecuencias de una supuración vulvo - cervical post - escarlatinosa de la adolescencia, que dió origen a múltiples bridas vaginales, atresia cervical y nódulos esclerosos parametriales, que fijaban el útero e nlátero - flexión, irreductibles por medios no quirúrgicos.

En los albores de la juventud, cuando la niña se va a transformar en mujer, ¡cuántas cuestiones de higiene y de profilaxis asoman!

No hablemos del traumatismo mental que la inopinada aparición de la menstruación puede provocar en la desprevenida; cuando un mal fundado prejuicio que posterga las sanas enseñanzas familiares de educación sexual haya desaparecido, no veremos más esos hechos que a veces por largos meses desequilibran a las predispuestas. Es en este momento que el médico puede previsoramente instituir una correcta higiene que contemple las serias modificaciones que la madurez sexual imprime al organismo de la adolescente.

Aparecida la menstruación, con ella se presentan nuevas ocasiones de intervenir. Si para la mujer normal el período catamenial trae consigo sólo ligeras molestias, ¿para cuántas, en cambio, es un martirio periódicamente renovado, que apenas desaparecido deja en el espíritu la angustia de su próxima renovación?

La dismenorrea en sus múltiples formas es, por desgracia, tratada con demasiada desenvoltura. ¿Quién podrá deciros jamás los fracasos de la opoterapia ovárica, tan difundida como aplicada sin discernimiento? Igual cosa podemos decir de las hemorragias atípicas de las recién menstruadas. A menudo hipersecreciones cervicales de causa general son tratadas como infecciones, sin más resultados muchas veces que transformarlas en infecciones reales por virtud de tesoneros traumatismos cervicales terapéuticos, y de irrigaciones vaginales incorrectamente practicadas.

Con las primeras relaciones sexuales varios factores se presentan. Ante todo digamos — para reducirnos al campo de lo que pudiéramos llamar relaciones sexuales legítimas — con qué poca previsión encaran la sociedad y la familia la unión sexual. ¿Acaso todas las mujeres son aptas para la cohabitación y la procreación? ¿Tienen todas los órganos dispuestos a soportar sin serios inconvenientes la cópula y sus repercusiones vasculares y nerviosas?

No es raro ver médicos serios y capaces aconsejar al matrimonio como meta feliz en la que desaparecerán ameno-

rreas y dismenorreas rebeldes. La hipoplasia genital, que acompaña a menudo a tales síndromes, transforma el acto sexual en un tormento físico al que rápidamente se asocia la tortura moral que malogra la dicha de tantos hogares. Agreguemos que el orgasmo venéreo al acentuar trastornos congestivos ya existentes, agrava sensiblemente esos estados prolongando los dolores y las molestias, antes circunscritas a los pocos días de la menstruación.

Si reflexionan ustedes en el resultado lógico de las relaciones sexuales, no extrañarán qué importancia suprema tengan los estados patológicos de la futura esposa. Cardíacas, tuberculosas, neuropáticas, todas en informe montón marchan al Moloch conyugal para preparar generaciones viciadas en su origen.

Pero las relaciones sexuales legítimas o ilegales tienen otro peligro grave. La difusión de la gonococcia y de la avariosis explican la proporción alarmente de mujeres infectadas desde los primeros coitos.

A la gonococcia atribuímos un cierto número de titulados abortos de los dos primeros meses, simples estigmas visibles de una endometritis recién iniciada; a ella deben incorporarse las inesperadas pelviperitonitis, por demás complacientemente atribuídas otrora a los excesos de la luna de miel; a ella deben atribuirse la polakiuria y el tenesmo vesical de que bonachonamente se acusa a un cómodo reflejo de punto de partida en una fisura himeneal.

¡Cuál no será la responsabilidad del médico que en casos semejantes omita ir al origen, trate como al descuido lesiones capaces de suprimir para siempre la permeabilidad de las trompas, o focos traicioneros, cervicales o vulvares, de los que periódicamente emigran colonias microbianas que por sucesivas invasiones provocan irreparables alteraciones anexiales!

Es en casos semejantes que con discreción y firmeza a la vez, el médico debe exigir el examen del marido, so pena de ver toda su obra destruída en la primer noche amorosa consentida o robada a su consentimiento.

Si de la gonococcia, afección casi siempre sólo individualmente nociva, pasamos a la sífilis, terrible como la mal-

dición bíblica para las siguientes generaciones, la gravedad sube de punto.

No repetiré verdades que son ya banales, pero permítome insistir con ustedes sobre la necesidad de no tratar con ligereza erupciones cutáneas y alopecias discretas y ligeras, cefaleas incomprensibles, erosiones genitales mínimas. Allí más de una vez encontrarán a la enemiga traicionera que no espera sino la futura concepción para castigar con un inopinado aborto la confianza excesiva del médico.

Hay dentro de la discreción más absoluta, mil medios de exigir la verdad y obtenida esta emprender un activo tratamiento que puede ser muy enérgico sin dejar descubrir su motivo real. Lejos de transformarse en cómplice del marido infectante, el médico con una conducta prudente pero firme, defiende el porvenir físico de la enferma y el porvenir moral de la pareja. Aunque sea anticiparnos al peligro que origina la maternidad, digamos que con mucha frecuencia son las largas y tristes series de expulsiones prematuras de fetos macerados que pondrán en la vía del diagnóstico y faltará a su deber el médico que caída la venda que obscurecía su criterio, posponga cualquier consideración al deber de atacar la sífilis allí adonde la encuentre y apenas la encuentre.

Tanto la gonococcia como la sífilis, por sus peligros para el individuo la primera, por su repercusión sobre la raza la segunda, por su frecuencia ambas, representan un territorio que no debe tener para el médico regiones inexploradas. Siempre debe pensar en ellas, y una vez descubiertas no abandonar sus enfermas hasta que los exámenes bacteriológicos o las reacciones biológicas de laboratorio le den la certeza de haber triunfado. Es por el desconocimiento de esta noción elemental y capital a la vez, que ambas afecciones persisten y se propagan; es por el desprecio a sus pequeñas y latentes localizaciones que se explican las irreparables lesiones que finalmente sólo una cirugía demoledora, la peor de las cirugías, puede suprimir a expensas de la mutilación sexual de la mujer y de su eliminación de su rol primordial.

Consecuencia lógica de las relaciones sexuales es la concepción y aquí un extenso e importante grupo de cuestiones nacen para el profesional.

Una primera pregunta nace desde la iniciación del proceso gravídico: ¿Es la mujer apta para la procreación?

¿Cuántos problemas, unos de carácter genital, otros de orden general tiene que resolver?

¿Son sus órganos genitales suficientemente desarrollados para soportar el completo desarrollo del huevo? ¿Su situación es aparente para ello? ¿Su estado anatómico y funcional es tal que el óvulo encuentre terreno abonado para recorrer todas las etapas de su evolución? La vía que ha de recorrer el feto maduro está exenta de obstáculos? ¿Tienen los órganos de depuración y de defensa toda su potencialidad? ¿Soportará el aparato cardio-vascular el recargo del trabajo que el embarazo le va a imponer? ¿No existen lesiones preexistentes de cualesquiera de sus órganos o aparatos, susceptibles de agravarse o de determinar la expulsión prematura del producto de concepción?

Esta simple enumeración hecha al azar es suficiente para explicar la enorme responsabilidad profesional del médico frente al comienzo de un embarazo, de ese estado que tan elegantemente ha definido el Profesor Bar, llamándole: simbiosis armónica homogénea.

Simbiosis armónica, sí, pero cuando el organismo materno tiene su máximum de integridad; simbiosis inarmónica con frecuencia, desarmonía que va desde los fugaces síntomas que una opoterapia oportuna hace desaparecer en pocas semanas, hasta las graves toxemias que matan en medio del dramático cuadro de la eclampsia.

¡Qué cuidadosa higiene, que severa profilaxis de las toxemias y de las infecciones tiene que poner en práctica el médico!

Aquí también dos infecciones ya conocidas, la gonococcia y la sífilis, retendrán su atención; ésta por su funesta acción sobre el óvulo fecundado, aquella por el peligro constante de ascenso al aparato genital superior y de la contaminación de las conjuntivas oculares del feto con su consiguiente amenaza de ceguera irremediable.

El parto es otro motivo de preocupación; ni la más larga experiencia, ni la más refinada ciencia permiten jamás con absoluta certeza pronosticar su terminación. La situación y dimensiones del feto, sus relaciones topográficas y su adaptación a la forma y dimensiones del canal pelvigenital, la evolución del trabajo preparatorio de ampliación y apertura de la región uterina cérvico-segmentaria y, por encima de todo, la capacidad contráctil del músculo uterino, detalles, unos fáciles de observar y de modificar cuando se desvían de la normal, otros, imposibles de prever y a menudo de corregir a tiempo, les indicarán por qué para el tocólogo avezado, y con más razón para el médico general, la más completa reserva en el pronóstico y la más extrema prudencia en su conducta deben ser la regla absoluta.

Pero ni aún después del parto, cuando un robusto niño chilla, probando que su desarrollo es completo y su hematosis normal, cuando todos los que rodean a la puérpera estallan en transportes de alegría, ni aún entonces cesa la responsabilidad. Falta el alumbramiento, la expulsión de los anexos fetales, ese período preñado de peligros, que sólo una atención sostenida y una terapéutica sin vacilaciones podrán impedir o alejar.

Y cuando todo haya terminado, cuando la puérpera tranquila en su cama sonría al hijo que tantos dolores le ha causado y que ya olvida en la dicha de sentirse madre, al hacer su examen de conciencia deberá el médico preguntarse: ¿he hecho todo lo que debía? ¿no he omitido nada de lo que asegura un puerperio aséptico?

La obsesión de la infección puerperal debe ser el mayor acicate; considerar la conducción aséptica de un parto como la preparación y ejecución de las más delicada de las intervenciones quirúrgicas, es demostrar plena conciencia de su responsabilidad.

Con el puerperio nace otro problema: la capacidad lactante de la madre. El proceso de la lactancia, que es en realidad una nueva simbiosis, permítaseme la palabra, empeña muchas veces la responsabilidad médica. ¿Lactará una tuber-

culosa, una sifilítica, una cardíaca? No es el momento de presentarles la solución: bastará que ustedes vean como también aquí la prudencia y el saber del médico encontrarán ocasión de afirmarse.

Cuando hace algunos años de Alemania nos llegó, llena de promisoras ventajas, la noción "del levantar precoz de las puérperas", a riesgo de parecer anticuado, me mantuve en prudente expectativa. A la fórmula: la mujer debe levantarse a los cuatro días del parto opuse una menos brillante: la mujer debe levantarse cuando para ello no haya inconveniente ni peligros.

Era esta una manera de pensar lógica, clara, razonablemente latina pero entonces los latinos estábamos en decadencia por confesión propia, y la luz nos venía del Norte, aunque esa luz fuera, como su sol, velada por pesadas nieblas.

Diez años han pasado, envejezco con mi fórmula, pero en cambio por excepción veo prolapsos precoces y retroversiones de la tercera semana del puerperio.

¿No creen ustedes que en esta novelería, que no hay que confundir con el amor al progreso, ha cabido una seria responsabilidad a los médicos que se lanzaron a ella porque la Ciencia alemana era entonces creída impecable, maciza y sólida como la arquitectura del monumento a la batalla de Leipzig?

Dejando el campo puramente obstétrico para entrar en el de la ginecoyatría, veremos que la época de madurez sexual es también la era en que florecen las más serias ginecopatías.

No insistiremos en la importancia de las infecciones. Al lado de ellas hay todo un grupo de lesiones tróficas, de síndromes funcionales que es menester no confundir con aquéllas.

Son estos errores los que tantas víctimas han causado, entregando al bisturí del cirujano muchas enfermas que hubieran beneficiado de un tratamiento médico apropiado y más de una vez de una juiciosa psicoterapia que alejase de su espíritu atormentado la zona genital, eje mayor de perturbaciones a distancia que el más habil operador es impotente para hacer desaparecer.

Y ya que pronunciamos la palabra cirujano operador, no

está demás determinar como la responsabilidad del médico puede encontrarse comprometida en las operaciones.

No entraré a estudiar los artículos de nuestro Código Penal que resuelven el punto; me colocaré solo en el punto de vista médico.

Pueden ustedes incurrir en responsabilidad por una intervención mal hecha, por una intervención excesiva o insuficiente, por una intervención diferida.

Supongamos el caso, nada raro, particularmente hasta hace algunos años, de un joven médico que se lanzara a realizar una basiotripsia sin haberla visto hacer en el vivo, o practicado personalmente en el maniquí, sin más recuerdos que los muy vagos de la preparación a un lejano examen. ¿No temblaría su mano en las variadas y a veces difíciles maniobras de la operación?

Sin llegar a estas operaciones de excepción, las más simples intervenciones gíneco-tocológicas son con frecuencia practicadas con una desenvoltura rayana en la temeridad.

El fórceps se aplica, el raspado uterino se practica sin diagnóstico... ¡son tan sencillas operaciones! Y lo son en realidad, salvo cuando un anillo de contracción uterina exige 16 aplicaciones infructuosas, o cuando una dilatación cervical insuficiente permite la captura de una cureta y hace necesaria una discisión bilateral para libertarla.

Es un mérito de la Escuela de Montevideo haber simplificado la técnica del tratamiento de la infección puerperal localizada a las primeras vías, aplicándole las reglas generales de la terapéutica quirúrgica. A esta técnica sencilla y racional le debemos la desaparición de tantas septicemias por inoculación.

Sin embargo, de cuando en cuando tropezamos con algún recalcitrante campeón de la cureta a quien cuesta convencer de la utilidad de dejar que el endometrio repare tranquilamente sus lesiones, sin que nos sustituyamos "manu militare" a la sabia naturaleza medicatriz.

¡Qué responsabilidad no cabrá al médico que desechando estas sanas enseñanzas de la clínica abra en los senos uterinos amplias brechas por las que el estreptococo se precipite a invadir la circulación general!

¿No sería criminal lanzarse a la alta cirugía abdominal sin más preparación que alguna docena de operaciones vistas, como de estudiantes lo hemos hecho todos, con más curiosidad que espíritu de observación?

La conciencia de la propia limitación de facultades debe constituir un poderoso freno, la mejor medida de la propia responsabilidad.

El médico que por una anexitis ligera, unos ovarios escleroquísticos, un mioma enucleable practica una castración bilateral o una histerectomía, es tan culpable como el que se contentara con hacer una amputación cervical en un neoplasma del cuello uterino.

Pero más frecuentemente el médico general pecará por diferir la intervención.

No es desdoroso reconocer la propia incompetencia en materia de especialidades, y esta noción que tiende a difundirse está llamada a enaltecer la personalidad del médico con positivo beneficio de sus clientes.

¡Cuántas veces hemos visto lamentables enfermas, concurrentes asiduas durante varios meses a consultorios en los que concienzudamente se esgrimían toda clase de tópicos contra cervicitis radicalmente curables en quince días con una amputación autoplástica!

¿Quién no ha visto llegar a los servicios de Ginecología a pobres mujeres con su pelvis transformada en una bolsa de pus, terminación de una pelviperitonitis o de un abceso pelviano, pacientemente tratados durante semanas con cataplasmas y fomentos, a la espera de una evacuación espontánea pseudo salvadora en la vagina o el recto, que les deja una interminable fístula sólo curable por una operación a menudo grave, cuando un tijeretazo oportuno en el espacio de Douglas las hubiera curado pronto y bien?

Conservo el recuerdo de varios embarazos ectópicos terminados por inundación peritoneal, algunos mortales, en los que la historia clínica y los signos físicos denunciaban con anterioridad harto suficiente el diagnóstico y su consecuencia lógica la rápida intervención.

Precisamente la frecuencia de la implantación ectópica

del óvulo fecundado hace imprescindible la necesidad de pensar cuan grave responsabilidad encierra ignorar los detalles clínicos de su evolución.

Esa intervención diferida a que me refería hace un instante es casi siempre la consecuencia del desconocimiento de sus signos y síntomas. No hay que creer que el embarazo ectópico se va presentar a ustedes siempre con la trágica mise en scene de la hemorragia cataclísmica; cuando esto sucede, es con frecuencia demasiado tarde para intervenir.

Será una breve amenorrea, una menstruación atípica, una crisis súbita e inexplicable de dolores, una inopinada lipotimia; en particular desconfíen ustedes de las pseudo-apendicitis consecutivas a una falta menstrual. Despierta la atención, darán su justo valor a la expulsión de restos al parecer abortivos, y no, fuertes con este falso diagnóstico irán al raspado uterino provocador de la ruptura del quiste tubario.

No son éstas finezas de diagnóstico, son cosas gruesas que no deben ignorarse, como no deben ignorarse los signos precoces de una coxalgia o de una parálisis general.

Pero es en ocasión de neoplasma que se ven los casos más instructivos. La mayor parte de las enfermas de cancer uterino nos llegan después de una etapa previa de curaciones, casi siempre hechas por parteras; ¡cómo llegan! sangrantes, con su úlcera o su coliflor neoplásico, su parametrio invadido, sus primeros dolores, signo inequívoco de su inoperabilidad. ¿Y ésto por qué? Porque la mayoría sólo piensa en el cancer frente al aspecto clásico de las láminas de los libros; porque no se sabe bastante que es la erosión, el arañazo que sangra demasiado, el nódulo escondido en un labio, la pequeña hemorragia post - coital la que sirve para despistar el neoplasma, en una época en que es curable en un 85 o 90 % de los casos.

Esperar la aparición de los signos llamados clásicos es condenarse al fracaso y, lo que es peor, condenar a la más aterradora muerte a mujeres que tenían derecho a la vida y que con demasiada despreocupación se les hizo pagar cara la confianza depositada en los guardianes de su salud.

Es, pues, sobre todo frente al cancer uterino, que la más seria responsabilidad profesional incumbe al médico y que más graves consecuencias tiene una intervención diferida. En un período más avanzado de la vida, cuando el ocaso sexual, la menopausia, se inicia, cuando por razón natural las relaciones sexuales tienden a irse perdiendo con el recuerdo de la lejana juventud atraviesa la mujer una época que con razón se ha llamado "edad crítica". Para entonces serán ustedes consultados sobre esos fenómenos numerosos que anuncian a la mujer las avanzadas de la vejez. No deben ustedes tratar con ligereza esos síndromes molestos sino inquietantes.

No en todas las mujeres el marchitamiento sexual es silencioso; para muchas la ruptura del ritmo menstrual es ocasión de trastornos a veces tenaces y persistentes. Más de una vez es en este período que lesiones orgánicas, discrasias latentes, se van a manifestar. Es preciso no caer en el error de atribuir a la menstruación fugitiva, cuadros clínicos derivados de la incipiente arterio - esclerosis, ni tampoco perderse en engañosas apariencias y someter a regímenes impropios a enfermas que una sencilla opoterapia hubiera desembarazado fácilmente de sus trastornos.

La Higiene de la menopausia exige del médico una atención sostenida, so pena de hacerle responsable de males a veces irremediables. La frecuencia del neoplasma en esta edad debe intensificar su vigilancia, llevándole a observar con el mayor cuidado los síntomas y signos genitales más ínfimos que presenten sus enfermas, determinando su importancia relativa con el mayor discernimiento.

Con la cesación de la menstruación y la fijación de las modificaciones que este período imprime al organismo femenino, desaparece en gran parte la misión de la Gineco-tocología. La mujer posee sus órganos genitales, pero éstos son como las hojas secas que aún penden de las ramas durante el reposo invernal, mortecinos testigos de un follaje exuberante; paulatinamente se atrofian por inactividad fisiológica, su vida es rudimentaria y se irá apagando falta de la savia vivificadora que la vida sexual le imprimió durante largos años.

Durante estos largos años el médico ha podido seguir paso a paso en sus clientes todas las eventualidades de su vida sexual. Por su atención, por su competencia les evitó peligros, corrigió las desviaciones de su salud, propició su maternidad, les preparó una vejez plácida, en todo momento su responsabilidad profesional estuvo en activa vigilancia, el médico cumplió con su deber.

¿Con todo su deber?

Estamos aquí frente a la segunda face de la vida profesional: la responsabilidad moral.

En el curso de nuestra exposición fácilmente habrán percibido múltiples ocasiones en las que al lado de la responsabilidad profesional asoma la responsabilidad moral. En realidad cuando el médico consigue, por su saber y su carácter, el ascendiente legítimo a que éstos le hacen acreedor, muchas cuestiones necesitan, para ser resueltas, la intromisión de factores que escapan a la Ciencia pura.

Para que esto suceda, para que en todo momento se sienta el médico a la altura de su misión, tres grandes condiciones debe poseer y perfeccionar que le enaltecerán en el concepto de los que reclamen su asistencia: la paciencia, la abnegación y la piedad.

Paciente debe ser el médico cuando escuche las largas y deshilachadas lamentaciones de las "desequilibradas del vientre"; paciente debe mostrarse en estos interminables partos de las variedades posteriores de vértice; siempre paciente debe aceptar las agrias recriminaciones de las neoplásicas que ven pasar las semanas sin que llegue la mejoría que se ha hecho espejear ante sus ojos; con gran paciencia dejará pasar las interpretaciones fantásticas que las enfermas en su ignorancia dan a sus síntomas y a los efectos de las medicaciones.

Esta paciencia que no hay que confundir con la mansedumbre que acepta silenciosa los agravios y las ofensas, es un arma poderosa; será ella la que, unida al tesón y a la pertinacia en el esfuerzo, les dará plena conciencia de su valor y les permitirá alcanzar la meta soñada.

De la abnegación se ha hecho la virtud capital del médico y en Gíneco-tocología frecuentes serán las ocasiones de aplicarla.

En efecto: ¡Cuánta abnegación se necesita para prodigar solícitos cuidados a la miseria que sufre en un conventillo, derrochando ciencia, menoscabando salud, sin ni siquiera contar con la recompensa de la gratitud! Abnegado es el médico que arrostra las consecuencias de un fracaso guíado por el solo afan de conservar una vida; abnegado es el modesto práctico que frente a una moribunda por inversión uterina, no trepida en tentar la reducción aunque sepa que si no triunfa no dejará de achacársele la muerte de la enferma, a él que fué el último en intervenir.

Abnegado es el médico que, privado de un tubo laríngeo, hace la respiración fetal boca a boca sin pensar que una sífilis bucal puede ser su única remuneración.

Pero por encima de la paciencia y de la abnegación deben colocar ustedes la piedad.

De ella es que necesitamos sin cesar frente a nuestras enfermas, aquí en este Servicio, donde tantas mujeres no saben, el día que les damos el alta, donde comerán y dormirán esa noche; toda nuestra piedad reclaman las desgraciadas víctimas de un aborto sugerido por quién rehuye las pesadas cargas de la paternidad; ¡Cómo no ser piadosos frente a las cancerosas y a las septicémicas irremisiblemente perdidas! Es la piedad profunda por las mujeres heridas de muerte que sugiere la lucha por el perfeccionamiento de nuestros medios de acción; ella es la que debe inducirnos a no caer en un pesimismo o un nihilismo letales; es por ella que sólo vencidos pronunciarán ustedes la triste frase: "no hay más nada que hacer".

Tal vez al oir estas palabras alguno de ustedes sonreirá con escepticismo.

No sean ustedes escépticos. Podrá la vida, podrá el rudo contacto con los hombres deshojar numerosas ilusiones pero siempre conserven ustedes un rincón sagrado, impoluto, en el que rindan culto a los más elevados sentimientos.

En ese sagrario que conservarán ustedes celosamente oculto, dormitarán fuerzas ignotas, energías sorprendentes como las que en el momento actual vemos brillar esplendorosamente en medio de las más crueles carnicerías.

Tomen ustedes ejemplo de los millares de médicos que, sin tener siquiera los medios de defender caramente su existencia, caen abnegadamente, gloriosamente al lado de los que esperan de su mano piadosa y sabia el alivio o la salvación. ¡Cuántos de esos, en plena Paz, habrán creído ser escépticos y, sin embargo, puestos a la prueba, por su heroico desprendimiento han demostrado que ese escepticismo era superficial y que llegada la hora, en lo hondo de su cerebro un comando inaccesible a las corrientes superficiales les impondría la orden suprema de saber morir obscuramente por la idea del Deber, del Derecho, de la Libertad!

La responsabilidad estará comprometida, decíamos, en muchas ocasiones. Así es ella la que nos hará oponer al matrimonio de una anémica o de una tuberculosa avanzada; por ella impondremos la cesación de la procreación y hasta las intervenciones quirúrgicas que garanticen esta última, tratándose de cardíacas en desequilibrio miocárdico o vesánicas periódicas puerperales. Es ella la que nos impedirá lanzarnos a las cesáreas sólo por el deseo de acumular series felices; con ella siempre presente nos abstendremos de iniciar tratamientos o ensayar intervenciones que un estudio prolijo y una reflexión profunda no nos hayan mostrado justificadas o racionales.

Esta responsabilidad será la que frente a cualquiera otra consideración nos hará protestar e impedir que a una nodriza sana se confíe un niño sifilítico, aun a trueque de violar el secreto médico, ese secreto que todos pregonan y tan pocos respetan.

Es en homenaje a esa responsabilidad que consultados sobre la eventualidad de nuevos embarazos, nos hará, impotentes espectadores de un estado social injusto pero que no está en nuestras manos corregir, optar por el consejo de prácticas malthusianas antes que su suplente criminal, el aborto provocado.

Será precisamente en esta ocasión que nuestra conciencia debe estar más prevenida. Son tan leves las barre-

ras que separan una legítima limitación de la procreación, de su injustificada restricción, que no será sin maduro exámen ofrecida la forzada opción por un mal menor.

El médico que tenga un claro concepto de su misión, que sepa que sus menores actos y sus más insignificantes palabras tendrán un alcance tanto mayor cuanto más vigoroso sea el ascendiente que sobre su clientela ejerza, forzosamente tendrá que someter todos los problemas gíneco - tológicos que se le presenten, al estudio más detenido y avizor; siempre la salud, a veces la vida, con frecuencia la felicidad de sus clientes estarán subordinadas a la solución que proponga.

Pero no debe olvidar que además de sus deberes morales para con sus enfermos, el médico se crea obligaciones con la sociedad en que vive, y que a veces los intereses de ésta son antagónicos — siquiera ocasionalmente — con los de los individuos.

Es, pues, de la responsabilidad social en gíneco-tocología que nos ocuparemos finalmente.

En la época presente no puede el médico substraerse a la obsesión de los problemas sociales en que se debate la humanidad. Su cultura, el conocimiento extenso que tiene del hombre, su calidad de ser inteligente e ilustrado, el refinamiento de su sensibilidad por el contacto constante con el dolor y la miseria le habilitan para opinar sobre los males observados y le imponen estudiar y proponer los medios de suprimirlos o por lo menos atenuarlos.

El concepto moderno del papel preponderante que la mujer juega en la familia y en la comunidad social da un valor imponente a todas las observaciones que sobre su personalidad psico - física puedan hacerse. Nada útil y duradero podrá promulgarse para darle el sitio que la Naturaleza y la evolución de las costumbres le asignan, si las medidas propuestas no tienen por fundamento esencial el estudio de su modalidad propia, de las limitaciones que sus características sexuales determinan y de su capacidad física y mental tan sujeta a extensas oscilaciones por virtud de las múltiples vicisitudes fisiológicas que la Naturaleza le impone.

En este orden de ideas se comprende que la gíneco - tocología tenga una misión social que llenar.

La función capital de la mujer — la perpetuación de la especie — reclama ella sola para su mejoramiento y conservación una atención preponderante. Todo lo que con ella tenga atingencia debe ser motivo de estudio detenido.

La puericultura, como el Profesor Pinard ha calificado el conjunto de medios tendientes a obtener un mejor y más maduro fruto de concepción, exige una serie de condiciones complementarias de la Higiene individual, para cuya realización son necesarias medidas de orden social cuidadosamente establecidas.

El alojamiejnto obrero limpio, claro, aireado; la limitación del tiempo, naturaleza y oportunidad del trabajo; la protección de la embarazada y de la puérpera que a nuestra legislación positiva tárdase tanto en incorporar; las medidas conducentes a proporcionar calma psíquica y reposo físico a las madres ilegítimas o abandonadas; en una palabra todas las medidas fundamentales de la protección del niño comienzan por la mujer, y para que ellas sean eficaces deben ser permanentes y no fugaces, precoces en su iniciación y prolongadas en su acción, tomando a la mujer antes de ser madre y tutelándola aún después que lo ha sido.

Los preceptos de la Higiene sexual, la propia educación sexual no pueden ser aplicados sin conocimiento exacto, no sólo de lo que individualmente es la mujer impúber, sino de las modificaciones que el momento histórico y la composición étnica de la sociedad en que vivimos imponen al tipo teórico, ideal de la mujer. De ahí las discusiones justificadas sobre el momento, el sitio y la forma como dicha educación sexual, como los preceptos de la Higiene femenina tendrán que ser abordados para que no solamente sean enseñados, sino asimilados con provecho e incorporados definitivamente a la mentalidad femenina.

No hay que creer que será solamente frente a estas grandes cuestiones que quedará empeñada la responsabilidad del gíneco - tocólogo. Serán más de una vez las proyecciones le-

ganas de una intervención individual las que invadirán ese campo tan importante.

Un ejemplo sencillo y fácil de encontrar con frecuencia lo demostrará.

Los que nos hemos graduado hace una veintena de años, asistimos a una época gíneco - quirúrgica singular. Con la seguridad que daban la asepsia y la antisepsia nada parecía más natural que arrollar con todos los órganos genitales internos por poco que ellos dieran motivo o pretexto para hacerlos responsables de variados síndromes. Con un mejor conocimiento de la Gíneco - patología el equilibrio se ha restablecido, y sólo por excepción vemos mutilar a las neurópatas.

¿Pero dentro del lamentable grupo de las portadoras de lesiones útero - anexiales, se justifican las numerosas castraciones totales?

Si se piensa en el alcance social de la segregación quirúrgica sexual, fácilmente comprenderán ustedes cuanto debe meditarse, y con qué tesón debemos pugnar porque se perfeccionen los métodos conservadores, aún los quirúrgicos, en los que tal vez no deponemos bastante confianza ni ejecutamos con suficiente frecuencia. De igual manera, parecido alcance tienen todos los métodos higiénicos y profilácticos, en particular del puerperio, que tienden a asegurar a la mujer su capacidad procreatriz.

En el momento actual, dos graves problemas que atañen al orden social deben retener nuestra atención: la profilaxis de las enfermedades venéreas y la lucha contra el aborto criminal provocado.

En los umbrales del estudio de la profilaxis de las enfermedades venereas se alza con proporciones de formidable adversario la prostitución.

Teorema ético, social y económico, no trataremos de resolverlo aquí pero la importancia enorme que tiene su resolución obliga, a quien pretenda encararlo, a poseer conocimientos que rebasan los de la Medicina pura.

El gíneco - tocólogo, que al proponer la solución adaptada a la constitución social del momento, crea que la profilaxis de las enfermedades venéreas puede ser el resultado de

catecismos higiénicos o de draconianas ordenanzas policiales, demostrará ignorar la evolución histórica de la ética sexual y la complicación extrema de la cuestión en la época contemporánea.

De ahí la infantil innocuidad de muchas de las medidas propuestas. Serán necesarios siglos de modelado cerebral de las futuras generaciones para que la monogamia, tan favorable a la robusta constitución de la familia, sea otra cosa que un precepto tan pregonado como mal cumplido.

El aborto criminal provocado es otro problema angustioso, en particular para nuestro país. En el extenso informe que presenté al Primer Congreso Médico Nacional, sin pretender haber agotado el tema, he señalado sus modalidades en el Uruguay, y los medios apropiados para atenuar en algo su difusión y sus perniciosas resultancias.

El gíneco - tocólogo que con tanta frecuencia se encuentra frente al hecho consumado, no puede, sin rehuir cobardemente su responsabilidad ante la sociedad en que vive, dejar pasar sin ruda sanción la provocación del aborto.

Junto a las medidas de orden penal y económico que sólo en largo plazo pueden ejercer un beneficio colectivo, su propaganda, su fallo severo, sus observaciones a la víctima y al victimario, cimentadas en el ascendiente que su actuación le asegura sobre sus clientes, son otros tantos medios de cumplir dignamente su misión moralizadora encarrilando en la honesta vía mentalidades más a menudo descarriadas que viciosas.

Al llegar al final de esta larga exposición que deseo sino amena, provocadora de saludables reflexiones, quiero terminar con algunas frases que hace ya muchos años, siendo aún estudiante, me impresionaron hondamente.

Ellas se encuentran en un modesto libro de un digno profesional, el doctor Juhel Renoy, sobre "La vida profesional y los deberes del médico", son las que terminan su obra y servirán de epílogo a esta lección.

A mis colegas de mañana:

"Si nuestra profesión es difícil de adquirir, si su ejercicio es penoso y sus éxitos problemáticos, sabed que aporta goces indecibles. A vosotros que os entregáis a los trabajos científicos en los laboratorios y anfiteatros, el campo está siempre abierto a los descubrimientos; la ciencia en su perpetua evolución es una mina inagotable y quien penetra resueltamente en ella está seguro de descubrir un filón por mínimo que sea.

A los demás, prácticos modestos, quedan otras satisfacciones que las de amor propio, del renombre; tendrán la dicha del deber bien cumplido, de la tarea ímproba siempre renovada. En esta atmósfera de miseria en la que váis a vivir, no olvidéis que el médico que posee un gran corazón se eleva sin cesar por encima de las vulgaridades cotidianas; decíos. sin quijotismo, que ejercéis un sacerdocio, que, ministro de una religión universal, de la que Ciencia y Caridad son los dos sacramentos, llenáis la misión más alta a que puede aspirar un hombre: Curar y consolar".

El trabajo de la mujer embarazada [1]

Para la redacción de este trabajo, he tropezado con dos serios inconvenientes que contribuyen a quitar el sello de "cosa vivida" que quisiera darle: ellos son la débil industrialización de nuestro país, y la ausencia de datos estadísticos en que fundar mis conclusiones.

La escasa industrialización del Uruguay explica por qué, fuera de Montevideo, el problema obrero de la mujer, puede decirse, no existe, y aún en esta ciudad no ha adquirido caracteres que llamen la atención del sociólogo. Además, y por fortuna — aunque en el momento actual un forzado paréntesis se observa — las características de nuestros país, el fácil mejoramiento de las condiciones de vida del obrero, y en un porvenir próximo una legislación previsora, alejan la aparición de situaciones angustiosas que con justicia alarman a los pensadores de otros países.

Será, pues, necesario que me refiera principalmente a lo observado en otras regiones, modificado parcialmente por lo que en un ya largo y paciente estudio me ha mostrado entre nosotros.

En un momento como el presente en que el feminismo, o mejor dicho (dejando de lado una denominación que ha merecido ser ridiculizada alguna vez) el rol social de la mujer es un problema de urgente resolución, afirmamos que la función preponderante de la mujer es la perpetuación de la especie.

Podrán discutirse todos los atributos propios, todas las similitudes y diferencias físicas o psíquicas que la acercan

---

(1) **Informe presentado al II Congreso Científico Panamericano de Wáshington (Diciembre de 1915).**

o alejan del tipo masculino, podrán aquilatarse sus aptitudes y deficiencias para su homologación con el hombre, pero a un terreno común es fuerza converger, a una conclusión lógica debe llegarse, y es: Que la mujer debe principalmente conservar y mejorar todos los caracteres que la hagan capaz de procrear seres sanos y fuertes.

No es posible conseguir un rendimiento integral del factor femenino si no se coloca a éste en condiciones de preparar, desarrollar y lanzar a la vida seres que, por su organización completa y perfecta, por su funcionamiento absolutamente fisiológico sean a su vez, elementos apropiados para la continua renovación del tipo zoológico: Hombre.

La rápida industrialización del mundo civilizado en la segunda mitad del siglo XIX, intensificada aún en estos primeros lustros del siglo XX, ha dado nacimiento a cambios tan radicales en el mecanismo social, ha creado tales contingencias que la organización clásica de la familia ha sufrido acometidas que han agrietado el edificio robusto y hasta ayer sólidamente armónico tal como la severa ley romana lo había caracterizado con bases al parecer inconmovibles.

Pero la industrialización creciente comenzó por alejar al padre, llevándolo a los talleres y usinas, siguió con los hijos, e insaciable e implacable como el Moloch fenicio, atrajo a su órbita a la madre, dislocando el eje del sostén de todo el edificio familiar, y dando lugar a un desmenuzamiento de energías, y lo que es peor, a una desaparición de principios directores que explican fundadamente los signos claros de disolución de la concepción ancestral de la familia que el menos perspicaz de los observadores aprecia, y que hacen imprescindible la codificación de nuevos principios éticos y sociológicos que den cohesión a un modo de agrupación social indispensable para el desarrollo homogéneo y progresivamente mejorado de la sociedad humana.

El alejamiento de la mujer de su hogar por la captación industrial, cuyos inconvenientes físicos y morales, en general, no son del caso discutir aquí, adquiere una impor-

tancia primordial cuando la mujer sometida a las disciplinas y a los peligros del taller o de la usina, entra en ese período de desequilibrio orgánico y funcional constituído por el embarazo.

No es posible ignorar hoy las profundas modificaciones humorales que la impregnación ovular crea en el organismo femenino. El hecho es cruel, como tantas manifestaciones de la Naturaleza juzgadas con nuestro criterio sentimental; desde los primeros momentos de su desarrollo el nuevo ser exige perentoriamente medios de nutrición, destruye para alimentarse las delicadas células maternas, y ésta tiene que defenderse con una reacción celular intensa. Esta lucha no es silenciosa y más de una vez perece la madre si a tiempo no es suprimida la causa de tales trastornos. Para que esto no suceda, para que el embarazo sea como dice Bar, con frase más elegante que verdadera para gran número de madres de la clase obrera: "una simbiosis armónica homogénea", es menester que el organismo materno esté no solamente en condiciones de funcionamiento absolutamente perfecto antes de la concepción, sino también que después de ese momento y durante los largos meses que lo separan de la perfecta madurez del futuro ser, nada pueda perturbar ese funcionamiento provocando deficiencias orgánicas que vendrán a agregarse a la constante lucha a que el embarazo obliga al organismo materno. Debemos preguntarnos ante todo si el trabajo en general puede tener alguna influencia sobre la marcha del embarazo y el producto de concepción.

Es mérito indiscutible del Profesor Adolfo Pinard haber señalado hace ya muchos años un hecho sugerente en su sencilla enunciación: Toda madre que descansa en el último mes del embarazo tiene hijos mejor desarrollados que aquellas que trabajan hasta el término.

Pero si el hecho es cierto su interpretación es más difícil.

¿Es el trabajo, por sí solo, el culpable de las deficiencias del futuro niño? ¿No serán las malas condiciones higié-

nicas, los alojamientos húmedos, sombríos y mal ventilados, la alimentación defectuosa e inapropiada, la falta absoluta de medidas profilácticas las que ayudan a la pretendida acción deletérea del trabajo?

No debemos olvidar que en las cifras de Pinard, van englobadas todas las mujeres, ya obreras vencidas por largas horas de trabajo, ya mujeres dedicadas a sus quehaceres domésticos, ya infelices trabajando a destajo en sus domicilios.

Hay tantas modalidades, tantas facetas presenta el problema, que debemos detenernos en algunas de ellas.

En primer lugar, no es posible utilizar estadísticas antiguas. La presión constante de la masa obrera sobre las clases dirigentes, y de parte de éstas una más clara visión del porvenir y de sus propios intereses, han dado origen a toda una serie de medidas legislativas que han modificado profundamente las condiciones en que se desarrolla el trabajo colectivo.

La limitación de las horas de trabajo, la supresión del trabajo nocturno y el alejamiento de la mujer de ciertas industrias insalubres, el reposo semanal, todo un cuerpo de disposiciones tendientes a proteger al obrero contra riesgos de traumatismos, de intoxicación o de simple insalubridad, la fundación de instituciones de cooperación y de previsión, los barrios obreros, las cantinas, la facilitación y la difusión de los ejercicios físicos, la lucha antialcohólica, para no citar sino las principales, hacen cada vez más fácil discernir la importancia que el trabajo por sí solo pueda tener en la Higiene de la embarazada.

Una masa considerable de trabajadoras de los más distintos países, correspondientes a las más opuestas organizaciones parece demostrar una primera conclusión: El trabajo limitado y en condiciones de perfecta higiene individual y colectiva no parece tener influencia perturbadora sobre la marcha del embarazo, siempre que sea disminuído o suspendido en el último cuarto de su evolución.

La observación de lo que pasa entre nosotros corrobora

dicha conclusión. Un gran número de mujeres, en su mayor parte dedicadas a los quehaceres domésticos, a veces fatigosos, llega a término completo y expulsa en las mejores condiciones fetos de 3,500 a 4,000 gramos. Para las que trabajan en las fábricas, ¿se observa otra cosa? Imposible es documentarse con certeza, numerosas son las que tienen expulsiones prematuras, pero la gravísima crisis del aborto criminal provocado que atravesamos, basta y sobra siempre para afirmar o sospechar fundadamente que a esa causa y no al trabajo debe atribuirse tal eventualidad.

Otra causa, con excesiva frecuencia observada, es la gonococcia. Sabido es que uno de los más graves peligros de la vida de taller o de usina para la mujer, es la fácil contaminación moral con su cortejo de transgresiones. La frecuencia de la gonococcia masculina explica el crecido número de infecciones maternas con la consiguiente interrupción del embarazo. Igual cosa puede decirse de la sífilis. Pero hay dos factores que, inseparables del trabajo fabril, influencian seguramente el estado gravídico: uno está constituído por las industrias fundamentalmente insalubres y en las que se manipulan ajentes tóxicos susceptibles, por su absorción, de provocar alteraciones orgánicas; el otro corresponde a ese grupo de trabajos que exigen esfuerzos rápidos y exagerados o imponen posiciones que determinan trastornos circulatorios abdómino-pelvianos, ya sea directamente, ya sea por el cansancio muscular que secundariamente los produzca.

En nuestro país, en el que aquella clase de industrias tiene escasa extensión, poca influencia pueden producir en la estadística. Con excepción de las fábricas de cigarrillos y cigarros, de las cerillas fosfóricas, de los artificios pirotécnicos, de las velas esteáricas, y otros derivados de la grasa animal, de algunas fábricas de calzados y manufacturas de artículos de cuero, no existen en el Uruguay fábricas que por su número y su importancia puedan tenerse en cuenta. Para la manipulación del fósforo, dada la legislación vigente, no nos ha sido dado observar nunca accidentes imputables a este tóxico. La curtiembre de cueros tan importante en este país, y en la

que buen número de mujeres es empleado no proporciona una cifra de grávidas suficiente para formular conclusiones.

Debo hacer notar y esta observación vale para todas las obreras que concurren a fábricas y talleres—que para ellas el embarazo es casi fatalmente una causa de eliminación, sea que no se acepten sus servicios por considerarlas capaces de menor rendimiento, sea que conocido su estado, se busquen pretextos para eliminarlas, con el objeto de eludir la obligación de continuarles el salario antes y después del parto, tal como se establece en las legislaciones modernas de los principales países.

Las industrias en que los esfuerzos podrían figurar como factores de alteraciones grávidas no emplean en nuestro país a la mujer.

En cambio, en tiendas, escritorios, imprentas, hoy figuran muchas mujeres, y es indudable que esos establecimientos en que rige le prohibición de sentarse, la estación prolongada en posición erecta, trae consigo trastornos de circulación venosa en la zona infra-diafragmática que pueden explicar la frecuencia de las várices de los miembros inferiores y de la pelvis, y desequilibrios circulatorios, cuya influencia perniciosa no puede negarse. Vale, sin embargo, para éstas, la observación general sobre eliminación de las grávidas del trabajo industrial.

A pesar de estas comprobaciones de detalle, puédese afirmar que a medida que se han ido dictando disposiciones protectoras del obrero, la acción del trabajo, propiamente dicho, sobre la evolución del embarazo y del parto tiende a reconocerse cada vez menos nociva siempre que, y salvo tareas de orden especial dicho trabajo sea suspendido durante las últisemanas del embarazo.

Pero hay dos formas de trabajo femenino que escapan y escaparán por algún tiempo, a las reglamentaciones legales: el servicio doméstico y el trabajo a domicilio.

Entre nosotros, en la inmensa mayoría de los casos, el servicio doméstico es una esclavitud disfrazada. Si en estos últimos años los sueldos han aumentado en proporciones notables, en cambio las condiciones de trabajo son las mismas que hace 25 o 30 años. Emigrantes incultas y desprovistas de toda no-

ción de "oficio", trasplantadas bruscamente de las campiñas españolas o italianas al ambiente urbano, sin más conocimientos que los rudimentarios de las tareas agrícolas en países en los que la Agricultura sigue procedimientos arcaicos. Analfabetas inhábiles de las manos y del cerebro, no tienen más ubicación que la de la "bonne á tout faire", sirvienta para todo servicio. Este trabajo rudo y penoso comprende: lavar pisos, fregar loza, arreglar y limpiar el mobiliario, cocinar en locales con frecuencia oscuros, mal ventilados y cuya atmósfera está viciada por las emanaciones de las piletas mal dispuestas y del cajón de desperdicios cuya ubicación frecuente es debajo del fogón. Después de 14 a 16 horas de esta tarea, vuelven a sus dormitorios que, en la típica construcción urbana están casi siempre situados encima de la cocina, con un cubaje de aire insuficiente y una ventilación irracional. Los medios de que disponen estas desgraciadas no les permiten otra cama que un catre de lona y un delgado colchón de dudosa higiene. Por excepción en las casas hay cuarto de baño para los sirvientes y éstos poco familiarizados en su país con las abluciones cotidianas y abundantes, ni los reclaman ni los utilizan.

Esta reunión de pésimas condiciones de trabajo, provoca, seguramente, un cierto número de interrupciones de embarazo, pero sobre todo explica el aspecto de profunda miseria orgánica con que se presentan a la Policlínica de la Casa de la Maternidad.

El trabajo a domicilio ha sido señalado en todas partes y por todos los autores, como un factor deletéreo. En efecto; aquí no hay limitación de horas de trabajo, las condiciones de local en que se efectúa son, por lo general, deplorables, y la remuneración ínfima. El regateo en el salario se explica en gente miserable, que trabajará a cualquier precio.

Entre nosotros, el gremio de costureras en general, las costureras de confecciones y de ropa blanca en particular, nos proporcionan un gráfico ejemplo. Pensar que se les paga 40 o 50 centésimos por docena de ciertas piezas de ropa, y que tienen que poner de su peculio el hilo, las agujas, los gastos de conducción de la costura, la iluminación, que por mucho debe con-

tar, pues para obtener un salario suficiente es menester prolongar la velada hasta horas avanzadas de la noche, robadas al sueño reparador.

¿Quién puede extrañarse si es entre esta pobre gente que observamos las más lamentables catástrofes obstétricas?

El mejoramiento de la vivienda obrera, las obras de asistencia, la persecución implacable a los industriales desvergonzados y crueles, que fundan en las angustias de la miseria lo más claro de sus beneficios, son los medios eficaces de luchar contra un estado de cosas impropio de una sociedad bien organizada.

Basta comparar la evolución del embarazo en las mujeres, moral y materialmente protegidas durante este período, aunque continúen trabajando, para convencerse que es en la reglamentación, en la dosificación y en la clasificación del trabajo y no en su supresión que debemos encontrar la fórmula difinitiva.

De lo expuesto hasta ahora, de la experiencia resultante del trabajo reglamentado, limitado en su duración, de la eliminación de la obrera grávida de las industrias insalubres o insuficientemente salubrificadas, resulta evidente que el trabajo por sí solo no es un factor peligroso para la embarazada.

Son, en cambio, las condiciones de tiempo, de lugar, de forma que acompañan al trabajo, las que más directamente influencian el período grávido - puerperal. La grávida puede, sin peligro para sí ni para su futuro hijo, continuar en el taller o en la usina su trabajo habitual, siempre que:

1.° No se dedique a un trabajo que exija esfuerzos o posiciones que por su persistencia puedan traer trastornos de circulación en la zona peligrosa.

2.° No esté en una atmósfera en la que haya substancias tóxicas o materias que puedan ser absorbidas por vía pulmonar o cutánea y provocar alteraciones orgánicas.

3.° Se limite el número de horas de trabajo y se permitan frecuentes descansos cortos.

4.° Se suprima el trabajo industrial durante las cuatro

últimas semanas que preceden al parto, sin perjuicio del reposo post-puerperal, del que no tenemos porqué ocuparnos en este trabajo.

5.° El local en que trabaje reuna todas las condiciones higiénicas indispensables.

6.° Su vivienda tenga las características reclamadas por la higiene para la habitación salubre.

7.° Durante todo el embarazo, y en particular al final, sea vigilada del punto de vista técnico.

8.° En los casos de abandono o de aislamiento encuentre en las obras públicas y privadas de Asistencia, el apoyo y la protección morales que le permitan encarar el presente y el porvenir con la calma necesaria para la sana preparación orgánica y psíquica de su futuro hijo.

Esta última conclusión me lleva a tratar una faz interesante del trabajo de la grávida.

Hasta ahora nos hemos ocupado sobre todo de la acción física del trabajo de la embarazada, veamos si tiene acción moral.

Entre los numerosos tipos sociales de embarazadas que el médico debe estudiar con criterio claro y previsor, está el de la madre soltera.

Lejana está la época en que prejuicios insostenibles la ponían fuera de la Sociedad. Esta no tiene el derecho de juzgar con severidad excesiva situaciones que su imprevisión o su indolencia han contribuído tan a menudo a provocar.

Frente al hecho producido sólo cabe la solución que más encuadre dentro de las necesidades del Estado y del individuo.

Dos elementos se encuentran con excesiva frecuencia. El analfabetismo y la ignorancia de toda profesión. Por excepción llegan a nuestro servicio obreras hábiles o profesionales de cierta cultura. Cuando esto sucede, otras son las causas de la caída, y por cierto no menos interesantes.

Una primera medida se impone, pues, y es corregir el analfabetismo y su lógica consecuencia la ignorancia. No nos ocuparemos de esto.

El desconocmiento de todo oficio obliga a estas muje-

res a dedicarse por salarios mínimos a la única ocupación posible: sirvienta.

Ya hemos señalado las condiciones en que, por lo general, trabajan esas mujeres. Fácil será explicarse cómo ante la carencia de trabajo o la imposibilidad de obtener una remuneración suficiente para asegurar la vida en los momentos de inevitable "chomage", la caída sea casi inevitable, por poco que venga con la esperanza de un mejoramiento. A la caída sigue casi fatalmente el abandono, apenas esos tristes y a menudo venales amores dan su natural fruto.

Es menester haber visto centenares de veces el miserable estado psíquico de esas infelices, para comprender que justa e imprescindible obra de elevación moral debe emprender nuestra sociedad para evitar que las madres rueden a la prostitución y los hijos al Asilo.

Creemos haber establecido suficientemente en páginas anteriores que el trabajo sólo por excepción y en condiciones determinadas, tiene acción perjudicial sobre el embarazo. Tareas leves en ambientes higiénicos, no pueden ser sino beneficiosas manteniendo una cierta actividad física indispensable al buen funcionamiento de todo el organismo.

Ejemplos sino numerosos, demostrativos, nos permiten asegurar que dando a esas madres futuras una instrucción elemental y los rudimentos de oficios fáciles y remuneradores, la reincidencia tiene que hacerse rara y la regeneración frecuente.

Colocando a esas grávidas en condiciones de reposo físico y moral, en ambientes de honestidad y de trabajo, haciéndoles sentir que lejos de ser objeto de repulsa social, lo son de conmiseración, asegurándoles que su regeneración les dará derecho al apoyo colectivo, se habrá llenado una misión que ninguna agrupación humana consciente de sus deberes y de sus intereses puede postergar.

La enunciación de esta verdad será nuestra última conclusión:

9.° Para las madres solteras el trabajo durante el embarazo, convenientemente reglamentado, no solamente no es perjudicial, sino que constituye un precioso elemento de elevación y regeneración morales.

La protección a la madre soltera [1]

Si esta cuestión hubiera sido sometida a la discusión pública hace medio siglo, probablemente una ola de indignación y de tartufismo habría ahogado al audaz que osaba conmover las bases de una moralidad social inaccesible a las tentativas de movilizar principios secularmente aceptados.

Exponente de una mentalidad más propicia al estudio de los angustiosos problemas constitucionales de la sociedad, es la frecuencia, la insistencia con las que en congresos, asociaciones, revistas y libros se aborda su solución.

Tal movimiento de opinión ha dado sus frutos y del punto de vista doctrinario, desde las más ortodoxas conciencias religiosas hasta los más abiertos espíritus librepensadores, un consenso unánime existe hoy: la madre soltera debe ser protegida.

Pero si nadie se atrevería a discutir la enunciación del postulado, lejos estamos del momento en que esas ideas háyanse incorporado a la mentalidad de la masa social, de tal suerte que la aplicación de las medidas de protección sea fácil y su difusión beneficiosa.

La maternidad ilegítima abarca un grupo complejo de cuestiones para cuya solución deben estudiarse sus múltiples aspectos.

La evolución que la sociedad moderna ha sufrido por la influencia que un industrialismo extensivo e intensivo ha ejercido sobre el grupo familiar, explica porque la maternidad ilegítima en los grandes centros urbanos, que fué accidente pasional en épocas pasadas, hoy es casi siempre resultado de un desequilibrio económico, que se enmascara a menudo y aparece con el aspecto de una quiebra ética en la que el factor interés se oculta a las investigaciones superficiales.

---

(1) Informe al 3.er Congreso Americano del Niño, Río de Janeiro 1922.

En nuestra campaña la maternidad ilegítima tiene un origen más complejo. Prima entre sus factores la ignorancia, esa ignorancia que lleva hasta el desconocimiento de las más elementales ventajas de la regularización del estado social.

Síguele la miserable condición de nuestro paisanaje, asalariado en proporciones apenas suficientes para la satisfacción del mínimum de necesidades animales y que lo aleja de todo lo que significa uniones estables; agréguese a esta triste situación económica la promiscuidad inseparable de la vivienda campesina y de la tentación invencible que para el instinto sexual masculino representa la ausencia de otras mujeres en un extenso radio, tentación que explica como el incesto no sea raro en esas soledades camperas. Y para completar el cuadro el poder de señor feudal que aún en muchas regiones tiene el "patrón" y la impunidad con que el "patroncito" satisface sus caprichos genitales amparado por una tradición secular de obediencia femenina pasiva.

En las ciudades a los factores a que aludíamos en primer término debe agregarse el contagio constante del espectáculo del lujo y de la ociosidad de muchas mujeres jóvenes, lujo y ociosidad cuyo origen fácilmente se adivina.

Si la ignorancia en la campaña contribuye a la maternidad ilegítima, su reverso en las ciudades por la difusión de lecturas y espectáculos desmoralizadores contribuyen al mismo resultado.

En las clases elevadas el elemento pasional explica un cierto número de concepciones ilegítimas, pero no es dudoso que las fallas educativas, y el contagio moral van aumentando sus víctimas. Pero en este ambiente la cuestión no nos interesa; ese grupo social posee los medios de hacer buena profilaxis y, por desgracia también, los de ocultar y hacer desaparecer los frutos de tales deslices.

Por su número, por su incapacidad de defensa, por las causas íntimas de su producción, la maternidad ilegítima en las clases inferiores de la sociedad, es la que merece nuestra atención.

Hemos dicho, que el elemento pasional enmascara el fac-

tor económico de la caída. ¿Por qué conceptuamos preponderante a este último? No es posible en un breve ensayo ahondar el estudio: enumeraré brevemente los fundamentos de mi opinión.

Los principios éticos en los que se cimenta el núcleo fundamental de la dignidad humana no se improvisan; exigen para su consolidación una obra paciente y tesonera que abarca toda la primera infancia y la adolescencia; tal vez en esta última, que señala el primer contacto con la vida social exterior, es el período en que debe intensificarse la educación moral.

¿Es el hogar obrero el mejor ambiente para ello? Formular la pregunta es resolverla. Dislocada la familia por la necesidad de cada uno de los conyuges de aportar al gasto familiar su contribución, tocados por el alcoholismo uno, cuando no los dos cónyugues; agriados por la lucha diaria contra la vida cara, a pesar de los salarios crecientes; mal preparados por su propia educación para inculcar ideas nobles y elevadas; carentes de principios de buena higiene física y mental. ¿Puede la niña en este medio, adquirir las nociones de autodefensa que mañana la pondrán al abrigo de la seducción y del engaño? Medítese que la casa paterna es, para la mayor parte de los niños pobres, el sitio en que se come mal, se duerme al frío y se cosechan golpes.

¿Qué de extraño pues, que parezca interminable el tiempo y propicio todo momento para la evasión, por poco que se vislumbre en promesas capciosas la esperanza de un mejoramiento?

Cuando la adolescente entra en la vida autónoma, cuando las necesidades de la familia la obligan también a ella a colaborar en el sostén del hogar, sobre la base deleznable que hemos diseñado, va a construirse un edificio endeble, sacudido a cada instante por embates exteriores convergentes todos al mismo fin: la caída.

El salario disminuído por el aporte a la familia es insuficiente para compensar los anhelos de bienestar de la joven.

El espectáculo callejero, el pernicioso ejemplo de boato y aparente felicidad de las prostitutas de fuste, las lecturas,

el noticiario de la prensa diaria, van poco a poco minando una virtud tambaleante. Si en ese momento aparece la solicitación masculina, insinuante, engañosa, muy fuerte tiene que ser la voluntad de la mujer para no ceder a la tentación, plano resbaladizo sobre el que va a deslizarse en cumplimiento inconsciente del instinto sexual que despierta con toda energía.

El factor económico va primando cada vez con más empuje a medida que avanza la mujer en edad, y al fin él es el que domina la escena, cuando ella se apercibe que sus fuerzas aisladas no le bastan para garantizarle el mínimum de vida cómoda a la que tiene derecho.

He insistido sobre esta faz preparatoria de la maternidad ilegítima, no porque crea que sea la única interesante, sino porque la conceptúo principalísima y porque sobre ella deben fundamentarse algunas de las medidas de protección de la madre soltera.

¿Cuál es el ambiente que la sociedad ofrece a la maternidad ilegítima? En el hogar familiar, allí donde nunca se pensó abroquelar a la joven contra los peligros de la vida, donde la promiscuidad sexual y procacidad verbal descorrieron antes de tiempo el velo de los misterios del sexo, se reacciona contra la falta, o bien en forma brutal, con golpes, insultos, con la expulsión misma, o bien, lo que es más grave, con su aceptación si el seductor ofrece la probabilidad de mejorar el estado económico de la familia.

En el segundo caso, rarísimas veces se regulariza la situación con el reconocimiento del hijo o con el matrimonio; casi siempre es la unión libre, sin garantías, la multiplicación de hijos naturales y al final el abandono.

En el primero, o la rebelión al insulto y la huída, o la aceptación del rechazo.

Despojada del amparo familiar, ¿qué le ofrece la sociedad?

Una moral fácil y estrecha agobia con su reprobación a la culpable, sin investigar el por qué de la caída. La revelación del embarazo significa casi siempre la pérdida de la ocupación; sirvienta, obrera o empleada muy raro es que,

pasada la primera mital del embarazo, cuando la ocultación no es ya posible, abiertamente o hipócritamente no se vaya a la eliminación. El mal ejemplo, el menor rendimiento, la sanción del vicio son cómodos pretextos para llegar a ese fin.

Desde ese día, hasta hace pocos años, la desdichada madre ilegítima tenía que vagar con desmedro de su salud y esperar hasta el momento del parto su ingreso en una maternidad en la que, a menudo las prácticas administrativas se lo demoraban hasta las últimas horas del embarazo.

En nuestro país mucho han cambiado las cosas, pero aún no existe una mentalidad amplia en todas las clases, favorable al estudio tolerante y ceñido de cada caso en particular, única manera de resolverlo con criterio ecuánime, tan alejado de la indulgencia perniciosa como de la rigidez cruel y dogmática.

Es pues, sobre la base de lo que existe actualmente, que trataremos de condensar brevemente las medidas que juzgamos impostergables para la protección de la madre soltera

Medidas de orden jurídico. El concepto de la reparación es muy distinto en los países sajones y en los latinos. Nuestra raza, por romántico atavismo concibe mal que una ofensa al honor pueda ser redimida con dinero; de muy distinta manera se resuelve el punto en Inglaterra y Estados Unidos de Norte América. No hay porque dilucidar el concepto exacto. Pero a poco que se contemplen los resultados inmediatos de la seducción y la situación de desamparo en que queda la madre ilegítima, se alcanzan fácilmente las consecuencias de orden económico que trae consigo.

Hay allí una situación de hecho: el desamparo de la madre y las necesidades del hijo, con la consiguiente inhabilitación relativa de aquella para el trabajo, que no se resuelve ni con declaraciones ni con actos de violencia.

No hay, pues, sino una manera de resolverla, y es una compensación moral y pecuniaria representada por el casamiento, la legitimación del niño y la pensión de sostenimiento o su equivalente en amparo alimenticio, locativo y educacional.

La base de esta profilaxis de las consecuencias de la maternidad ilegítima, está en la investigación de la paternidad.

Duramente combatida en su doctrina y en sus consecuencias, donde esta medida es aplicada con prudencia y discernimiento. es de resultados beneficiosos; en el Uruguay, en donde tiene efectos hasta retroactivos, no ha producido ningún desequilibrio social.

Desgraciadamente, en nuestro medio la mujer aún no se arma previsoramente contra la posibilidad del abandono, y es poco frecuente que la investigación de la paternidad pueda iniciarse con elementos de indiscutible eficacia; en las clases pobres el seductor escapa a una sanción efectiva por carencia de pruebas.

Sin embargo, en mi servicio de Protección Maternal, he podido por medios de persuación, despertando sentimientos a menudo más dormidos que ausentes, obtener la legitimación, el matrimonio y, en el peor de los casos, el amparo económico.

Se imponen, pues, dos órdenes de leyes: las que propician la investigación de la paternidad y las que obligan a una reparación pecuniaria en los casos de ruptura de compromisos, pues casi siempre a la caída precede la promesa de casamiento y con más razón a la seducción seguida de concepción.

A los legisladores corresponderá determinar los detalles de su ejecución. Estos no pueden establecerse de una manera global; a cada país, a cada época, al grado de cultura y de civilización de cada pueblo, corresponderán modalidades distintas.

Toda solución doctrinaria está desde ya, viciada de nulidad.

Subsidiariamente, pues, que forman parte de otro cuerpo de leyes de alcance más general, deben también dictarse disposiciones que establezcan el derecho a la protección del Estado para toda grávida indigente o abandonada, y los que aseguren a esta o a la madre obrera, el reposo pre y post-puerperal con compensaciones de salario o de subvención.

Por demás trillado está el asunto para que desenvuelva más amplia argumentación. En el Uruguay, desde la ley de 1910, que creó la Asistencia Pública Nacional, la grávida y

la puérpera indigentes o desamparadas tienen derecho a asistencia y protección.

La Casa de la Maternidad de Montevideo, en la que funcionaba el Servicio de Protección Maternal a mi cargo, el Servicio obstétrico domiciliario y los pequeños servicios de Maternidad departamentales, cumplen con ese cometido sin dificultad alguna.

En nuestro Servicio, en el que no hay limitación alguna para la admisión, tenemos organizada, además, la admisión secreta, con excelentes resultados. Es de toda evidencia que la oficialización de la falta, que no otra cosa representa la inscripción de los datos de identidad de la embarazada, puede dar orígen a serias complicaciones.

En un caso de mi conocimiento, la obtención de esos datos en el Registro del Hospital Maciel malogró la regularización del estado civil de una víctima inexperta.

La admisión en Casas de Maternidad o en Refugios de embarazadas según la organización que en cada país se dé a esta medida de protección, no debe tener limitación del punto de vista de la fecha de ingreso, ni de la amplitud de la protección.

En el Uruguay, está a estudio del Cuerpo Legislativo, y ya informado favorablemente, el proyecto de ley que asegura el reposo indicado y que será seguramente sancionado. ¿Cuándo?...

Señalo, siquiera sea de paso, la importancia que para la sanción de estas leyes tendría la concesión del voto y la equiparación de los derechos civiles de la mujer a los del hombre.

La influencia del voto femenino en materia de legislación social se ha hecho visible y provechosa en todos los países en que aquel ha sido obtenido.

Medidas de orden social y moral. Al lado de leyes que codifican y dan base sólida y oficial a la protección de la madre soltera, la acción social tiende cada día a tomar mayor amplitud.

Muchas veces he sostenido la inferioridad del funcionario de Asistencia pública, frente al voluntario. Hay en el primero una tendencia lógica a la cristalización de actividades,

a una mecanización de procedimientos que contrasta con el entusiasmo, con la abnegación que caracterizan al voluntario, que precisamente canaliza en esa dirección un exceso de eficacia volitiva y que satisface a menudo con ello, anhelos vocacionales que de otra manera se hubieran esterilizado sin beneficio para la comunidad.

Hay en la acción privada un estímulo moral desconocido en el engranaje administrativo. La propia condición de "franco tirador" no sometido a la cortapisa de jefes adormecidos o de colegas envidiosos, permite una libertad de vistas, una amplitud de iniciativas difícilmente constatadas en un personal sometido a reglamentos que costean la rutina y por ello dificultan todo progreso.

Los resultados obtenidos en los países anglo-sajones, en donde predomina la acción privada en materia de Asistencia y protección sociales, son por demás evidentes para que nos detengamos a defenderlos.

La acción privada está también menos sujeta que la oficial a las oscilaciones que la política, el estado de las finanzas públicas, las variaciones de orientación de los hombres de gobierno puedan imprimir a los organismos nacionales o municipales de Asistencia pública en su sistematización o en la provisión de funcionarios. Los ensayos, tan costosos y difíciles, cuando se trata de modificar organizaciones estabilizadas por decisiones de Cuerpos legislativos u otras corporaciones, son, por lo contrario, más fáciles en la acción privada, mas dúctil, menos protocolar, más propicia a sentir el contra golpe de los hechos vistos de cerca y con un criterio menos impersonal y más humano que el mejor de los funcionarios.

Es por eso que la protección de la madre soltera encuentra en la abnegación personal, en el espíritu de solidaridad de los componentes de las asociaciones privadas, amplio campo para desarrollarse.

Afortunadamente en nuestro país, las discrepancias religiosas, políticas y filosóficas no han obstado para que diferentes asociaciones de matices variados de opinión, hayan orientado su acción bienhechora en ese sentido.

La sociedad "La Bonne Garde", más circunscripta a las

solteras, la asociación "Pro Matre", y la sección "Pre Natal" de la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia que cobijan a todas las madres desválidas, sin distinción de estado civil, prestan desde hace algunos años, invalorables servicios. Las dignísimas damas que las integran llenan su cometido de alto alcance social, poniéndose en contacto con muchas miserias ocultas y proporcionan amparo social y protección material.

A estas asociaciones coadyuvan también la "Asociación Cristóbal Colón" y la "San Vicente de Paul".

Sin embargo hasta ahora no han realizado, por falta de recursos siempre necesariamente cuantiosos para ello, la creación de las cantinas maternales, de los asilos - cunas, de la "Cuna Taller", y en las usinas, de los obradores que complementarán su acción.

Las cantinas maternales proporcionarían el alimento sano, barato y gratuíto; en parte éste se hacía en mi servicio de Protección Maternal, pero no es posible centralizar sin inconveniente, a pobres mujeres que viven o trabajan a distancias considerables de la Casa de Maternidad, sin medios fáciles de acceso o a precios incompatibles con sus escasos recursos.

Los Asilos - Cunas (Créches) y, sobre todo, las cunas de taller o de usinas que permiten descargar a la madre soltera de la preocupación del cuidado del niño, constituyen un factor importante de prevención de su abandono. Más adelantada la infancia, los asilos maternales desempeñan igual papel. Los obradores y la obtención de trabajo a domicilio, son otro elemento de lucha; pero para que el rendimiento sea integral, es menester que la madre soltera esté segura que su producción va a tener salida remuneradora. Nada difícil es esto, si se tiene la previsión de propiciar la elaboración de material de fácil adquisición por el Estado, el Municipio, las corporaciones o los grandes establecimientos comerciales.

La regeneración por el trabajo no es posible si el trabajo no trae consigo el bienestar y la calma moral, sin los cuales no se puede convencer a la mujer del valor ético del procedimiento. La racha comunista que ha sacudido al mundo,

pendiente de la dolorosa experiencia rusa, ha puesto sobre el tapete la comunización de los hijos.

No me creo habilitado para opinar en definitiva sobre una cuestión que apasiona los ánimos y para cuya solución faltan resolver tantas incógnitas y estudiar factores étnicos, sociales, históricos, económicos, apenas divisados en un lejano horizonte. Pero lo que la comunización dogmática pudiera presentar de utópico o de peligroso, en cambio, la protección oficial y privada en la forma que dejamos bosquejada, es posible e inmediatamente aplicable.

Varía la forma, pero en resumen es la comunidad la que se interesa y coadyuva a la formación física y educacional del futuro ciudadano, proporcionando a su madre los medios de llenar su trascendental misión en forma óptima para su integral realización.

La madre soltera, por las condiciones que el ambiente y una constitución social defectuosa le crean, es la más digna de que se le aplique el máximum de recursos de defensa.

Felizmente los primeros obstáculos se han removido; en todo el mundo civilizado, una corriente favorable de ideas de tolerancia y de solidaridad arrolla resistencias arcaicas e injustificadas, los partidos más conservadores, las organizaciones más reaccionarias, aplacan rigideces y se incorporan a la columna.

En nombre de las enseñanzas de Cristo o de los preceptos de Marx todos encaran el problema con el anhelo de resolverlo.

Bolcheviques rusos y congregaciones religiosas, católicos, librepensadores, protestantes, Ligas de Cruz Roja, en todas partes su acción se hace sentir en beneficio de la madre soltera.

El Uruguay en la pequeñez de sus medios ha realizado buena parte del programa. Su legislación positiva consagra en preceptos fundamentales la protección a la madre soltera; nuevos perfeccionamientos están próximos a realizarse. La Asistencia Pública Nacional pone sus recursos a la disposición de los organismos creados al efecto.

La sociedad uruguaya, sin distinción de creencias, presta su ayuda material y moral.

Mucho queda por hacer, pero la ruta está libre. Por ella se encaminan todas las buenas voluntades en un anhelo de justicia y de pacificación colectivas.

Al proteger a la madre soltera, se vigila un capital social destinado a perderse si así no se hiciera.

El concepto panamericano de solidaridad continental, exige comunidad de esfuerzos y por eso el voto del Congreso Americano del Niño, en su sesión de Río de Janeiro, puede pesar decisivamente, haciendo nacer los organismos de defensa de la madre soltera allí donde no existan y activando su perfeccionamiento en donde hayan hecho sus pruebas.

Conclusiones.

1.° La protección de la madre soltera es un postulado impostergable de mejoramiento social.

2.° El problema de defensa de la madre soltera está teóricamente resuelto. Su realización exige la formación de una mentalidad colectiva inspirada en la justicia y la solidaridad humanas.

3.° La constitución y el funcionamiento actuales de la familia obrera propician la maternidad ilegítima. Es deber del Estado y de la Sociedad hacer desaparecer todo factor de disolución familiar y de perversión infantil.

4.° La protección de la madre soltera se funda en medidas de orden legal y de alcance moral. Las primeras comprenden principalmente la investigación de la paternidad la responsabilidad moral y pecuniaria del seductor y el reposo pre y post puerperal compensado.

5.° La acción social es irreemplazable y debe manifestarse por la más amplia protección moral y material.

6.° Para la realización de la defensa de la madre soltera, la acción oficial dará la pauta, pero a la acción privada corresponde la aplicación abnegada y entusiasta de los principios directores.

7.° El interés de América exige una homologación de esfuerzos y una acción concéntrica en defensa de la madre soltera.

Profilaxis del abandono del niño [1]

La tendencia natural y común entre los mamíferos superiores es mantener y sostener a sus crías, en tanto que su crecimiento físico y su desarrollo mental no son suficientes para permitirles tal ejercicio de fuerzas y aptitudes que les aseguren la posibilidad de vida independiente; las excepciones, contadas y bien conocidas, encierran en germen la explicación que el hombre para su beneficio, voluntariamente, aunque no siempre en uso de libre albedrío, adaptará a sus necesidades.

Lo que entre los animales es excepción notoria, la especie humana en el correr de los siglos lo ha transformado en costumbre inveterada y amoral, hasta constituir hoy uno de los problemas sociológicos, cuya solución se presiente, pero de la que nos separan obstáculos formidables.

No ya un informe, sino libros enteros merece y sobre él se han escrito; imposible es, pues, hacer en un informe, que por su naturaleza debe ser breve y conciso, otra cosa que una rápida enumeración, un pálido y abocetado cuadro que permita a modo de revista general, colocar la cuestión en su medio y en su tiempo.

El abandono del niño no es un fenómeno moderno; las más lejanas tradiciones, las versiones históricas más remotas señalan su existencia. Accidental o limitado a breves períodos coincidentes, por lo general, con perturbadas épocas, o incorporado milenariamente a las costumbres de algunos pueblos; acompañando en sus aventuras a míseras tribus errantes o adoptado como previsora prescripción de orden social; impuesto como codificado medio de selección racial o indistintamente aplicado a sanos y deformes, el abandono, y en algunos casos la muerte deliberada del niño, fácilmente

(1) Informe al 2.º Congreso Americano del Niño. — Montevideo, Mayo 1919.

explicables por sus escasos medios de lucha y su desarmada reacción volitiva, son un hecho no siempre explicable por una mentalidad inferior en la que los exquisitos sentimientos afectivos que deben caracterizar a las civilizaciones superiores no han tenido aún ocasión de manifestarse, ahogados en lo íntimo de la conciencia por las modalidades de una angustiosa existencia personal y colectiva, propicia solo al desarrollo de las actividades mentales indispensables al mantenimiento y perpetuación de la especie.

Aunque interesante y preñado de enseñanzas, el estudio del niño en épocas pretéritas, nos alejaría de la orientación utilitaria que debe esperarse de Congresos como el presente, y aunque muy someramente es a la época presente y a nuestro país, aún en formación étnica y social, que circunscribiremos breves y obligatoriamente concisas consideraciones. Despejado el carácter de crueldad de antaño, el abandono del niño adopta en nuestro medio una forma explicable por los medios que la sociedad ha ideado como lenitivo a hechos a los que no ha podido aplicar una previsora terapéutica.

Es una excepción, que pasan a veces años en repetirse, que el niño sea abandonado en la vía pública o en el portal de alguna habitación; una supina ignorancia o un mal oculto deseo de eliminar al indefenso exponente de la transgresión explican tan insólita conducta.

Incorporado a las costumbres y luego a la reglamentación de los servicios de Asistencia pública, en su primitiva forma de auxilio cristiano, el torno fué durante casi un siglo la recatada aunque peligrosa meta de la casi totalidad de los niños abandonados en Montevideo.

El profesor Morquio en una serie de publicaciones, ha hecho el proceso del torno, y después de constituirse en campeón de los medios sustitutivos modernos del anticuado procedimiento, ha podido mostrar con cifras elocuentes que su supresión no acarreaba los graves inconvenientes que los partidarios de la vieja fórmula habían anunciado, fundándose más en un temeroso misoneismo que en el estudio de nuestras modalidades y reacciones sociales.

De las publicaciones del ilustrado pediatra y de los in-

formes que con toda amabilidad me han sido comunicados por el doctor Vidal y Cuervo, y director del Asilo Dámaso Larrañaga, fluyen las cifras siguientes: Durante el período 1906 - 1910, funcionó casi exclusivamente el torno como medio de ingreso a dicho Asilo, pues las formalidades administrativas eran casi excluyentes de otra manera de ingresar. Desde 1911 funciona, además una oficina de Ingreso, que ofrece todas las facilidades requeridas. A contar de 1915 (junio) se organiza el Servicio de Protección en la Casa de la Maternidad, y se funda la Asociación "Pro Matre" que desde 1918 subvenciona a la "Bonne Garde" para la protección de las solteras madres, provenientes del Asilo Correccional del Buen Pastor.

Los niños son clasificados en abandonados y amparados, designándose así a aquellos cuyas madres o padres continúan vinculados a ello a pesar de su ingreso en el Asilo "Dámaso Larrañaga".

AÑOS	Abandonados	Amparados	Legitimados
1906 - 10	1.825	1.372	—
1911 - 15	899	2.593	—
1916	94	952	26
1917	85	862	21
1918	103	765	26

Posteriormente se mantienen o mejoran las cifras anteriores.

Sin ser absolutas estas cifras, pues un cierto número de los amparados sale del Servicio de Protección Maternal ya legitimado por la declaración en el Registro Civil, no cabe duda que representan un progreso, más notable aún, si se tiene en cuenta que la cifra de ingresos al Asilo sería mucho mayor si un gran número de madres (alrededor de 500 anuales) no recibiera del Asilo "Dámaso Larrañaga" una subvención mensual como nodrizas de sus hijos, y otras (unas 300 próximamente) no fueran amparadas por el Servicio de Protección Maternal y por la "Pro - matre" con subsidios en

dinero, pago de alquileres, distribución de alimentos y ropas, obtención de trabajo remunerado, legalización de estado civil, etc.

El repunte del año 1918 sería tal vez explicable por la crisis económica porque atravesó el proletariado en ese año (huelgas, carestía de la vida).

Alentadoras como lo son las cifras que anteceden, no dejan por eso de fundamentar la afirmación de la existencia del abandono del niño como problema social del Uruguay.

De las complejas causas que parecen explicarlo, desentrañaremos solo aquellas que más importancia tienen y exigen más pronto remedio.

Si analizamos los casos de abandono veremos, en primer término, figurar dos factores casi constantes, acoplados en binomio doloroso: la ignorancia y la miseria.

La casi totalidad de las madres que abandonan a su hijo no tienen oficio o profesión definida, pues que el de "sirvienta", la europea "bonne á tout faire", encubre con harta frecuencia la inhabilidad manual y la impotencia mental para toda ocupación sistematizada.

La crisis actual del servicio doméstico en el Uruguay no es sino el exponente de la incorporación de la mayor parte de las mujeres inteligentes y hábiles al trabajo de las fábricas y manufacturas, que aún con todos sus inconvenientes y peligros representa un mejoramiento indiscutible en salarios, alojamiento, libertad de esparcimiento, reposo metodizado, etc.

Es precisamente en el gremio de sirvientas, ya procedentes del interior del país, ya importadas de países de escasa difusión cultural, analfabetas, torpes de manos y de cerebro, que encontramos el mayor número de abandonos. La incultura y la ignorancia de estas mujeres explican la inconciencia con que proceden a un acto cuyas consecuencias muchas no alcanzan a percibir; no es raro que una piadosa reconvención, un llamado al instinto maternal latente en ellas y rara vez extinguido, la seguridad de que la conservación del niño no solamente no les restará probabilidades de trabajos sino que por el contrario las hará dignas de acogerse a

los diferentes organismos de protección con que cuenta el país, para que el abandono proyectado sea reemplazado por la exteriorización de sólidas cualidades de amor materno.

Es tan inconcebible como lamentable el grado de amoralidad a que pueden llegar estas mujeres y el asombro con que se les ve descubrir el mundo nuevo que asoma a raíz de elementales conversaciones; la inmensa mayoría confiesa que jamás ha oído ni imaginado nada parecido a lo que se les dice.

Inseparable de la condición mental que señalo es la miseria. Condenadas a un salario irrisorio — por lo general a 12 o 15 pesos mensuales—mal alimentadas, peor alojadas, burladas con harta frecuencia de su legítimo sueldo, alejadas cuando no abandonadas por su familia, errantes en caso de desocupación de agencia en agencia de colocaciones, espectadoras de la triste condición en que ven a sus compañeras de infortunio, para ellas el hijo es la complicación formidable, el obstáculo infranqueable para conseguir mantenerse en la situación anterior a su parto, que con todas sus miserias, por lo menos, les permitía no morirse de hambre.

La falta de una reglamentación del servicio doméstico, que sirve a los patrones para exteriorizar quejas, nada injustificadas por cierto, sobre procederes y abusos de ese personal, también explica el desamparo absoluto en que éste se encuentra frente a las demasías de los tramposos y desalmados que utilizan sus servicios. La sanción judicial de estos hechos es demorada y cara, y buena parte, cuando no toda la remuneración rescatada queda en manos de intermediarios y testigos.

En estas condiciones se comprende fácilmente qué grave perjuicio representa para esa clase de madres la conservación del hijo y cuán justificado es ante sus ojos el abandono; para ellas es un caso de legítima defensa.

Ahondando más el tema, surge con toda su importancia el conflicto agudo entre el concepto ancestral de la maternidad ilegítima y los nuevos postulados de la ética sexual. Lucha apenas iniciada, tienen contra sí estos últimos el peso de siglos de prejuicios, la múltiple alambrada de púa de inte-

reses creados que se creen legítimos porque nadie ha analizado su legitimidad, la soberbia y la inconsciencia masculina, resabios de la mentalidad del "macho" de la manada prehumana, la hipocresía de las creencias religiosas, enemigos todos que aúnan sus fuerzas para mantener una situación que nadie se atreve a defender doctrinariamente.

Mientras la impunidad de los seductores encuentre refugio, si no en la ley, en las costumbres; mientras la sociedad mancille a la madre ilegítima, a quien no supo defender antes su caída, desbrozando su inteligencia y vigorizando su carácter; mientras los creyentes o pseudo tales acepten la redención de las Magdalenas arrepentidas, pero se la nieguen a las tristes que asumen la responsabilidad de su falta; mientras la legislación mantenga la bárbara clasificación de hijos legítimos y naturales y prohiba la investigación de la paternidad, el abandono del niño será constante y permanente.

No hay sin embargo, que suponer que estos factores de una fuerza retardataria colosal, que explican el abandono inmediato, sean suficientes para dar la clave del abandono tardío.

Pasado el período de lactancia, surgen para la madre nuevos problemas, que en su aislamiento se ve incapacitada para resolver. A las necesidades materiales, se añaden otras morales e intelectuales para el niño, y la ausencia de elementos para darles cumplido acatamiento justifica por qué madres inteligentes que hubieran aceptado la conservación inmediata, titubean, vacilan y, finalmente, se inclinan al abandono porque se presumen carentes de fuerzas para llenar todos los deberes de su maternidad.

Hay, pues, una fase secundaria y tardía del abandono que merece también ser prevista y encarada en toda su importancia.

Con relativa frecuencia y en mujeres ni ignorantes ni indigentes, he podido observar otra causa de abandono, en algo comparable a la que ha surgido a raíz de las bárbaras violaciones perpetradas por soldados alemanes en Bélgica y Francia.

Seducidas por individuos de una clase social superior

a la propia y que aleja de su imaginación la idea de una reparación legal (matrimonio o legitimación del hijo) o bien por esos impudentes ejemplares que abundan particularmente en campaña y que anotan su conquista con la fruición que el cazador computa el número de piezas caídas bajo su escopeta, la maternidad se acompaña de un sentimiento tal de asco y rebelión, que el hijo hereda la aversión que el padre ha despertado. He visto casos de verdadero odio, traducido en vías de hecho contra el niño, por cuanto es el testimonio de una falta muchas veces explicable por la violencia o un prolongado asedio que poco a poco va entregando desarmada a la futura víctima. En estos casos ningún razonamiento modifica una resolución que ha madurado en meses de reflexiones amargas.

Como se ve en la muy rápida e incompleta enumeración que acabamos de hacer, complejos y complicados factores explican por qué el abandono del niño se mantiene como costumbre y amenaza prolongarse en el tiempo con mengua de los contemporáneos a los ojos de las generaciones venideras.

El factor económico, tan grave y apremiante en la sociedad actual no ha hecho sino empeorar condiciones preexistentes y contra las cuales poco o casi nada se ha querido hacer hasta una época reciente. Los momentos son propicios para la campaña emprendida; fermentos de renovación social, quejas generales y estruendosas de los débiles y oprimidos grupos proletarios, la sensación de potencia y vigor progresivos de que éstos toman conciencia, un saludable temor de los ahitos, la difusión de doctrinas que aunque tildadas de erróneas para los que olvidan la frase de Mazzini: "l'utopía dell'oggi e' la veritá del domani", encierran por lo menos, el propósito de disminuir ya que no suprimir desigualdades irritantes, todo induce a pensar que están en vías de desaparición lenta y progresiva algunos de los factores que actualmente explican el abandono.

¿Es decir con esto que la regresión es positiva en tanto que signifique un perfeccionamiento moral? No tenemos que apresurarnos a afirmarlo. Dentro de los límites del movimiento que señalamos, hay también signos de disolución, una

marcada tendencia a sacrificar el interés perdurable y colectivo al momentáneo e individual. ¿Acaso podemos ignorar las graves consecuencias que acarrean y los bajos instintos que adulan ciertas nuevas formas de neo-malthusianismo? Basta leer algunos audaces folletos que defienden la "huelga de vientres" para sentirse alarmados y convencerse cuán lejos de una ética sexual promisora de una Humanidad más perfecta, más sana y más justa, nos encontraremos si esas ideas excesivas y perniciosas, sustituyen a las anteriores que, por lo menos, al confesarse erróneas, mantenían la esperanza de ser reemplazadas por otras más conformes con los principales admitidos de Verdad y de Justicia.

El Uruguay, cuya orientación hacia indefinidos progresos culturales y sociales le convierte, con alarma de muchos, en campo de experimentación sociológica y para consuelo de los que profesamos avanzadas ideas, sin que hasta ahora hayan podido palparse los cataclísmicos resultados que los conservadores anunciaban y sí, en cambio, una lenitud en las reinvidicaciones que tiene fundada explicación en la certeza de alcanzarlas sin conmociones violentas, se ha preocupado de incorporar a sus costumbres y a su legislación preceptos que están llamados a moderar, y tal vez con el tiempo a suprimir en grandes proporciones, el abandono del niño.

La organización de asociaciones que como la "Pro Matre", la "Bonne Garde" y la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia acojen y protegen a las madres desvalidas o abandonadas, sin restricciones emanadas de su estado de solteras, viudas o casadas, ha proporcionado una discreta proporción de casamientos y legitimaciones; la acción continuada y tenaz de las dignísimas damas que han tomado a su cargo la tarea de tender su mano a la madre pobre, seguirá acentuando los beneficios que de la actividad privada pueden esperarse.

La ley que organizó la Asistencia Pública Nacional otorgando a toda embarazada indigente o abandonada el derecho a la protección, permitió en Montevideo la creación del Servicio de Asistencia y Protección Maternal que funcionó en la Casa de la Maternidad y que inaugurado en junio de 1915

ha prestado servicios que rápidamente fueron comprendidos por la población, alcanzando hasta el 30 de abril de 1919, las siguientes cifras: Asistidas en la Casa de la Maternidad, 3,303; asistidas en las policlínicas; 6,557 asistidas a domicilio, 572.

El Servicio comprende, además de la asistencia técnica, la protección moral y la defensa jurídica de los menores de edad por intermedio del abogado asesor de la Asistencia Pública Nacional; pero aún a las mayores de edad no les niega este funcionario sus consejos e indicaciones, en particular para la iniciación de gestiones de legitimación.

Como médico jefe de ese Servicio puedo asegurar que su difusión y sus resultados superaron las más halagueñas esperanzas y es de lamentar que esta favorable acción se haya amenguado por la orientación errónea que las Autoridades de la Asistencia Pública Nacional han dado a este servicio al pretender reorganizarlo después que dejé su dirección.

La labor conjunta del Servicio de Asistencia y Protección Maternal y de las sociedades privadas, ha permitido evitar numerosos casos de abandono, propiciando matrimonios, gestionando legitimaciones, reconciliando con sus familias a hijas pródigas o expulsadas de sus casas en un momento de indignación paternal proporcionándoles honesto y remunerador trabajo que indemnizando a la madre de las angustias del presente le permitió encarar su porvenir y el de su hijo en forma menos sombría, en una palabra, encarrilándolas en las vías de la vida honesta y regeneradora.

La Asistencia Pública Nacional ha constituído en el antiguo Asilo de Expósitos y Huérfanos, hoy "Dámaso Larrañaga" y en la "Casa del Niño" un centro profiláctico del abandono del que se palpan ya halagüeños resultados.

Se subvenciona allí a la madre como nodriza de su hijo, suprimiendo una de las razones más imperiosas del abandono, y la experiencia demuestra cuan poco frecuente es que después de meses o años de vida conjunta, durante los cuales invisibles pero sólidos lazos se han creado, la madre entregue su hijo al Asilo. Facilítanse las relaciones entre la madre y el hijo confiado al ama, y permítese conservar el frágil lazo que los une

no siendo raro que terminada la lactancia (período crítico para ambos por las múltiples dificultades que trae aparejadas) la madre reclame nuevamente a su hijo.

Fórmula imperfecta pero de alcance práctico indiscutible es el confiar al niño — abandonado de hecho por su madre — a una familia a la que se incorpora y de la que muchas veces concluye por formar parte integrante. Podría objetarse que salimos del tema de nuestro informe, pero no cabe duda que la tutela administrativa — tal como en nuestro país y en muchos otros funciona — no reemplazará nunca al amparo afectuoso que en muchas gentes de clase humilde se hace efectivo sobre el niño, que ingresando a la familia al principio como agente de mejoramiento económico (por la subvención acordada por la Asistencia Pública Nacional) concluye por ser considerado por un hijo más.

En el Uruguay esta fórmula de otorgar al niño abandonado por su madre el amparo familiar, ha dado resultados suficientemente satisfactorios para hacerla figurar en estas consideraciones.

A estas medidas profilácticas del abandono debemos agregar, por lo que al Uruguay respecta, dos progresos jurídicos de capital importancia. La libertad de investigación de la paternidad incorporada a nuestra legislación suprime un factor importante de abandono; rodeada de las garantías necesarias para prevenir abusos, constituye una medida que, a medida que se vayan difundiendo sus beneficios, haciendo palpar las responsabilidades de la paternidad ilegítima, tendrá que limitar las actividades de los seductores profesionales, que seguros de la impunidad no encontraban barreras suficientes al despliegue de sus funestas actividades.

Síguele en importancia el mejoramiento de la situación de los hijos naturales, contemplados por la Ley, en forma de asimilar sus derechos a los de los hijos legítimos. Aunque tal vez sujeta a revisión por los abusos a que podría dar lugar, no cabe duda que particularmente en campaña, en donde el estanciero de vieja cepa acostumbraba a poseer un verdadero serrallo, tiene un alcance del que hechos observados desde su promulgación, han podido aquilatar su magnitud.

Como se ve, en el Uruguay hace algunos años, el movimiento de lucha contra el abandono del niño se ha organizado e intensificado siguiendo la triple vía del mejoramiento económico, moral y social y por medio de medidas jurídicas, leyes previsoras y organizaciones de Asistencia social, se han conseguido resultados halagueños.

Pero ¿es esto todo? ¿No hay un abandono que, enmascarado y poco visible, tiene proyecciones incalculables para el porvenir del País? Me refiero a ese abandono que se traduce por la deserción o la incomprensión del deber de formar la mentalidad y el carácter del niño.

Satisfechas las necesidades materiales, ahito el hambre y asegurado el techo, ¿posee en muchos casos el niño todo aquello a que tiene derecho?

Surge aquí en toda su importancia el problema de la patria potestad, que silenciosamente evoluciona, conservando, sin embargo, tantos resabios de la bárbara Ley romana.

Mi competencia escasa y el campo del tema de que me ocupo excluyen dilucidarlo, pero el simple buen sentido y una amplia comprensión de lo que se vislumbra en el futuro obligan a preguntarse si a un cierto número de progenitores, insuficientemente aptos, no tiene la Sociedad el derecho de sustituirse en la preparación de sus hijos a la vida.

Grave cuestión, preñada de dudas y de incertidumbres, cuyas soluciones apenas pueden esbozarse y que se irá cristalizando después de quién sabe cuántas y cuáles dolorosas crisis sociales.

¿Será la "comunización" de los hijos un remedio a ese abandono? Las audaces realizaciones del maximalismo ruso obligan al sociólogo a detener sus miradas sobre el sangriento alambique en el que entre miserias y dolores sin cuento pugna por elaborarse una nueva forma social, de la que tal vez sea el mayor enemigo la incultura y la mentalidad primitiva de los elementos en quienes se ha ensayado.

No es posible, sin olvidar toda la historia de la Humanidad, rechazar de plano toda innovación sólo porque choca con ideas adquiridas o formas cómodas de funcionamiento colectivo. Con mucha frecuencia el hombre se amedrenta

más de la forma verbal de las ideas que de los hechos que estas puedan originar.

Los costosísimos Asilos de expósitos y huérfanos, las medidas jurídicas que los amparan y protegen, los Asilos maternales, ¿son, en suma, algo muy diferente de un tímido y balbuciente ensayo de comunización filial? ¿No es acaso la Comunidad que se sustituye a los sostenes naturales y ausentes del niño?

¿Acaso no sería preferible que a la errónea formación física, mental y moral que fluye de una incompleta o descarrilada concepción de los deberes paternales, se sustituyera una clarovidente protección que, consciente de la enorme responsabilidad que con el porvenir de la raza se contrae al determinar la orientación del futuro hombre, realizara científicamente, sin dogmatismos ni desmoralizantes conceptos de estatismo absorbente, los postulados, que preparen épocas, todo lo lejanas que se quiera, pero de una evidencia matemática, en las que el hombre en pleno desarrollo de su personalidad, pueda, sin justos rencores, aceptar las inevitables pero no irritantes desigualdades que la capacidad física, la preparación mental y la energía volitiva harán renacer cuántas veces un ingenuo miraje reñido con las enseñanzas de la Historia y los ejemplos de la Naturaleza pretenda crear organizaciones estrictamente igualitarias?

Ruda tarea, milenaria labor, pero no intangible meta. Antes que exponerse a cataclismos sociales que amenazan detener la marcha de la civilización retrotrayéndonos a los oscuros siglos que siguieron a las invasiones bárbaras, es menester dictar previsoras leyes, satisfacer las justas aspiraciones de los que, oscuros artífices de la grandeza de las sociedades, no ven al final de una vida triste y sin horizontes más que una interminable teoría de siervos a los que brillantes constituciones otorgan derechos civiles, mientras despóticas organizaciones sociales les nieguen derechos naturales.

El progresivo mejoramiento de las clases obreras, la más equitativa distribución de las cargas sociales, la justísima participación en los beneficios del trabajo, la higienización de la vivienda, el restablecimiento de responsabilidades

efectivas para los casos de natalidad ilegítima, la defensa y la protección prolongada de la madre abandonada, sea cualquiera su situación civil, la atenuación de las desigualdades que la ley establece entre los hijos según su origen, la desaparición de los prejuicios contra la maternidad ilegítima, el mantenimiento de salarios especiales a las futuras madres y a las lactantes, no son sino títulos de algunos capítulos que la Humanidad irá escribiendo dolorosamente, pero que cada uno representará un acto de acatamiento a esos valores morales, a esos imponderables agentes que han demostrado ser la más invulnerable barrera a la barbarie, aún cuando ésta se enmascare con las apariencias del refinamiento científico.

No es, pues, única la profilaxis del abandono del niño; no es posible esperar de medidas aisladas resultados profícuos. Las disposiciones insuficientes, parciales o encaradas con criterio unilateral, no harán sino dificultar el advenimiento de una época que para mengua de las sociedades civilizadas se retarda en demasía.

El niño, desde el momento de la concepción, adquiere derechos naturales que el nacimiento acrece y a los que se agregan derechos legales. Es nuestro deber defenderlo durante el largo período en que, inerme, está a merced de todas las agresiones. Luchar contra su abandono, conservándole sus naturales apoyos, será prepararle favorablemente a la asimilación de preceptos morales, a la adquisición de conocimientos y a la vigorización física de su organismo que aseguren su desarrollo integral como factor eficiente de una Humanidad sana y honesta.

Conclusiones.

1.° La solución del problema del abandono del niño es compleja, pues que las razones que lo explican son múltiples y variables, según los países y las épocas.

2.° Los motivos principales para el abandono son de orden económico, social y moral.

3.° La legislación y las modificaciones de la organización social constituyen medios insuficientes de prevención del abandono si no se acompañan de una renovación completa de los métodos de formación moral de los individuos y de

la asimilación personal y colectiva de conceptos superiores de Etica sexual.

4.° Toda campaña preventiva que no corrija simultáneamente todos los factores del abandono infantil será de resultados inferiores a los que pudieran esperarse de los esfuerzos realizados.

5.° En la lucha contra el abandono infantil además de los factores generales y comunes a toda la Humanidad, deben contemplarse las modalidades locales y las características sociales de cada país.

6.° En el Uruguay los resultados obtenidos, aunque alentadores, se resienten de la inobservancia de las conclusiones que preceden.

Medios para mejorar la asistencia obstétrica en campaña [1]

Es posible que el informe que me ha sido encomendado adolezca del defecto fundamental de ser redactado por un médico que no ha actuado jamás fuera del ambiente urbano; más aún, de haber ejercido sus actividades profesionales en la capital y en Servicios clínicos especialmente capacitados para desarrollar en toda su amplitud y eficacia los postulados de la moderna Obstetricia.

Pero si estos inconvenientes básicos pueden presentarse a los ojos de los médicos que ejercen en campaña como vicios redhibitorios suficientes para dar una apariencia de "teorismo" a las conclusiones a que arribe el autor, ellos estarán a mi juicio compensados por una larga actuación propicia a meditaciones sobre hechos observados, sobre consideraciones variadas recogidas de labios de quienes han vivido la existencia dura y penosa del médico de campaña o de quienes, como numerosas parteras, después de lanzarse animosamente a afrontar las dificultades y penurias de la vida real han tenido que renunciar a la lucha, desilusionadas y maltrechas por el fracaso inmerecido de sus esperanzas.

El problema es complejo y su solución no es ni fácil ni susceptible de realizarse en breve plazo. Antes de estudiar los medios de mejorar la Asistencia obstétrica en campaña, es indispensable desentrañar las razones que la hacen deficiente y limitada.

¿Por qué es deficiente y limitada la Asistencia obstétrica en campaña?

La Asistencia obstétrica como la Asistencia médica siguen en su trayectoria la evolución cultural de las masas populares, y por lo que a la primera se refiere, los prejuicios y los

(1) Informe al 1.er Congreso de Asistencia Pública Nacional.

errores que vician tan a menudo la segunda, se agravan por los erróneos preconceptos que acompañan a todos los actos de la vida sexual de la mujer.

El prejuicio sexual, que vemos evolucionar en la Historia y en la Antropología, hace que en los pueblos de escasa cultura el hombre no admita para ninguno de los actos, que con las eventualidades de la función genital femenina tienen atingencia, la intervención de personas del sexo opuesto. La asistente voluntaria, la comadrona, la partera con preparación técnica no son sino peldaños de una escala que en toda su extensión refleja la resistencia del macho a que su hembra exhiba sus órganos a una persona de distinto sexo. Hay, además, en el hombre inculto una tendencia invencible a considerar inferior toda tarea ajena a las funciones de miembro defensivo y protector de la agrupación familiar que desde la época paleolítica se ha abrogado con el derecho, otrora indiscutible, de su superioridad física. ¿Acaso aún ahora, en plena civilización, no encontramos hombres al parecer "civilizados" que a regañadientes aceptan que sus mujeres sean examinadas y asistidas en sus enfermedades genitales por médicos? Agreguemos a esto la formidable presión que las ideas religiosas han ejercido sobre el concepto de la función sexual, deformando el instinto del pudor hasta enfrentarlo con el sentimiento de la propia conservación, y se comprenderá que hay pues razones suficientes para explicar la supervivencia de la partera en nuestras sociedades.

Pero en el medio rural surgen otras razones de peso.

La vida al aire libre, la inexistencia del peligroso hacinamiento que hace de las ciudades focos de difusión infecciosa, permiten que en campaña — allí donde la sífilis y la tuberculosis no han hincado la garra — existan numerosos ejemplares de tipos normales en los que el embarazo y el parto no son, como para muchas mujeres de la ciudad, la ocasión de despertar fallas orgánicas ocultas que preparan el desarrollo de intoxicaciones e infecciones múltiples. La ausencia del raquitismo infantil o su curación espontánea y precoz, explican la poca frecuencia de viciaciones pélvicas, fuente de distocias más o menos irreductibles.

Este conjunto de circunstancias justifica que el embarazo y el parto sean considerados como fenómenos normales y que por el hecho de terminar espontánea y felizmente, no necesiten de conocimientos especiales para ser conducidos a buen fin.

Hay, pues, un optimismo relativamente justificado que explica la facilidad con que las mujeres camperas se entregan a manos de una vecina, una pariente o una aficionada. Bien cierto es que ese optimismo se paga a veces con la vida, pero las excepciones son o eran — pues las cosas van empeorando — poco frecuentes.

La asistencia técnica correcta exige, además, una serie de requisitos inexplicables para las gentes incultas que habiendo visto y habiendo recogido por tradición la certeza de la favorable evolución de embarazos, partos y puerperios sin que hubieran aquellos sido empleados, coligen que son complicaciones "puebleras" que sin inconveniente pueden omitirse.

Un factor sentimental debe agregarse a lo expuesto; la futura puérpera no está, por lo general, unida por vínculos de sangre, afecto, gratitud o sumisión a las personas que le van a prestar correcta asistencia obstétrica. Confiados en su competencia técnica, ni el médico ni la partera se rodean de esos complejos unas veces, otras rudimentarios aparatos de misterio que explican el triunfo lo mismo del "Hombre-Medicina" de la tribu salvaje que del curandero del mundo actual.

En los procedimientos de todo curandero hay una faz propicia a captarse la confianza del paciente por un trabajo de coacción moral sobre base de sugestión, del que ni médicos ni parteras podrían jamas hacer uso honesto.

Esa confianza que tiene su origen en múltiples fuentes, explica la preferencia — aún en muchas ciudades de los departamentos y hasta en Montevideo — que las aficionadas tienen no solamente entre la misérrima población de los rancheríos suburbanos, sino aún entre familias en las que una educación y una instrucción apropiadas no han podido vencer el poderoso influjo de la tradición y de la autoridad familiares.

Pero hay otro obstáculo gravísimo contra la posibilidad de una buena Asistencia obstétrica.

La distribución de la población es en el Uruguay significativa: una gran capital, algunas pocas ciudades de mediana capacidad demográfica y un sinnúmero de poblaciones pequeñas y habitaciones aisladas, huérfanas de los medios elementales de una correcta asistencia.

Aún hoy que el automóvil ha acortado las distancias, cuántos son los pequeños núcleos de población separados por grandes distancias y más que por esto, por rudimentarias rutas, muchas veces infranqueables a poco que las lluvias hayan transformado en lodazales los mal llamados caminos vecinales o aún departamentales! En esas circunstancias, con una asistencia difícil o imposible de conseguir en tiempo oportuno, se explica que la "aficionada" campe por sus respetos.

A estos motivos de deficiente Asistencia obstétrica se agregan otros no menos importantes.

El médico de campaña obligado a ser médico general y especialista en todas las ramas, se ve impulsado a ejercer la Obstetricia no solamente sin limitaciones, sino en las peores condiciones de ambiente imaginables.

En general tardíamente llamado, se encuentra con frecuencia frente a situaciones clínicas de las que no es responsable y que harían titubear al más avezado de los maestros de la Capital. Asombran los resultados que nos cuentan y nos admira su abnegación para no retroceder ante las dificultades que, mal resueltas o resueltas en la única forma posible en esos casos, pueden comprometer su reputación y hasta su vida.

De la Facultad los médicos salen con una incompleta preparación obstétrica. Contados son los que después del menguado "semestre" escolar, reducido apenas a dos meses hábiles por fiestas, exámenes y concursos, vuelven a nuestros Servicios a adquirir nociones complementarias que los preparen a afrontar las eventualidades de la clínica civil.

El ambiente rural es también poco propicio para que el médico se mantenga al corriente de la evolución de la especialidad; no existe la costumbre tan arraigada en Europa y

en Estados Unidos de Norte América, de arrancarse periódicamente a la labor profesional para venir a refrescar conocimientos en los grandes Servicios clínicos de la Facultad.

Atropellados por las múltiples publicaciones que el comercio de drogas gratuita y profusamente distribuye, muchos son los colegas que ensayan, sin mayores informaciones, medicaciones y medicamentos, sueros y vacunas de acción maravillosa (en los prospectos), pero que desgraciadamente fracasan cuando son experimentados en gran escala y bajo un severo contralor científico.

Pero hay más — triste es decirlo. — Por razones complejas y no siempre defendibles, más de una vez los médicos han acogido con desconfianza a las parteras egresadas de la Facultad, persistiendo en asistir a sus clientes con las reputadas aficionadas de la población. Es esta una conducta injustificable, y que en la Capital, donde siempre ansiamos la colaboración eficaz y competente, no alcanzamos a explicarnos.

Finalmente el factor económico, que en tantos problemas sociales se insinúa, también aquí asoma implacable.

La buena asistencia obstétrica es cara y el pobre paisano vacila antes de lanzarse — sin gran convicción — a adquirir el material o hacer practicar los análisis que le han de asegurar el fácil advenimiento del hijo y la conservación de la madre.

El deseo de no extenderme en demasía me hace pasar por alto variados factores de deficiente Asistencia obstétrica; pero en lo expuesto a grandes rasgos hay elementos para propiciar soluciones posiblemente previas y preparatorias del programa realizable de una buena Asistencia obstétrica en campaña.

Repasando lo expuesto, tratemos de llegar a sus lógicas conclusiones.

Un problema previo que es no una cuestión obstétrica, sino un postulado nacional, es la difusión de la cultura.

Mientras el cerebro de nuestros paisanos permanezca, por analfabetismo y carencia de ocasiones de perfeccionamiento mental, impermeable a las nociones de higiene, de profilaxis,

de previsión; mientras no se extienda esa obra paciente de difusión que la escuela incompletamente realiza y los elementos cultos del país imprevisoramente no inician, difícil, muy dificil será obtener el convencimiento de la utilidad de una buena Asistencia obstétrica. ¿Por que va alarmarse el paisano de una elevada mortinatalidad, si los propios médicos permanecen impasibles ante un estado de cosas que poco debe enorgullecernos? Y no hay que negar que en la mortinatalidad buena responsabilidad tienen la ausencia de toda profilaxis y la mala asistencia en el parto.

Luchar contra los nacimientos ilegítimos, es otro medio indirecto de obtener una buena asistencia obstétrica. Es más probable que se vele por la propia mujer, que por la "gurisa" que cedió a las caricias del paisanito jacarandoso, que no ve el momento de zafarse apenas vislumbra la sospecha del embarazo. Y nadie podrá dudar que el problema de la ilegitimidad es uno de los qué más afectan el porvenir de la madre y del hijo.

Todos los medios, pues, que puedan ponerse en práctica para difundir la cultura, elevar el nivel intelectual del paisano, despertar en él el deseo de los halagos de la vida civilizada, iniciar el respeto por los preceptos de una sana higiene, serán el fundamento básico de la obra a emprender.

Obra lenta, dificil, pero de segura finalidad.

La preparación de los médicos debe ser más completa. No corresponde pero sí interesa a la Asistencia Pública Nacional, que se organicen los estudios de Ginecotocología en forma que una base sólida sirva de sostén a lo que la práctica enseñará a los médicos de campaña, de los que muchos deberán ser funcionarios de esa Institución.

La organización de los cursos de ampliación o de perfeccionamiento ya establecida reglamentariamente por la Facultad de Medicina y que han sido dictados para Pediatría por el Profesor Morquio y para Ginecotocología por mí y mis colaboradores, contribuirá a ampliar conocimientos, poner a punto cuestiones discutibles y hacer aprovechar de las investigaciones que facilita el copioso material clínico que se hospitaliza en la Casa de la Maternidad.

Por lo que respecta a las parteras, urge la instalación por la Asistencia Pública Nacional, de locales en los que pueda funcionar la Escuela respectiva. Hay ventajas de todo orden y así lo ha comprendido la Facultad de Medicina, en dar a las alumnas de Obstetricia una enseñanza orientada en el sentido de constituirlas en activas y útiles colaboradoras de los médicos.

Sin impartirles una enseñanza por demás elemental, debe evitarse atiborrarlas de conocimientos teóricos pronto olvidados, y en cambio facilitarles la adquisición de sólidos principios de alcance práctico, así como también proporcionarles material clínico adecuado para el desarrollo de su habilidad manual y de su capacidad técnica.

Intimamente unida con la preparación técnica está la dignificación de la profesión de la partera, para asegurarles a estas profesionales una base económica estable, que les permita luchar con las dificultades inherentes a toda iniciación y defenderse contra las circunstancias adversas que principalmente se personalizan en el ejercicio ilegal de la Obstetricia.

La creación en campaña — ya aceptada en principio — de dispensarios de Protección maternal a cargo de parteras, la adscripción, en las localidades de más importancia, de las parteras a les Servicios Clínicos de los hospitales y Salas de auxilios, responden a este desiderátum.

Los Dispensarios de Protección Maternal, serán focos de difusión de nociones de Higiene y de Puericultura, organismos encargados de propiciar la buena profilaxis de los accidentes grávido - puerperales y centros de los que irradiarán nociones que no tardarán en incorporarse a la mentalidad de nuestros campesinos.

Defendidas las parteras de la necesidad, con una situación oficial que les da personería y derechos, las parteras de la Asistencia Pública Nacional tienen forzosamente que hacer derivar hacia ellas, en un futuro próximo, la clientela desvalida e ignorante a la vez, pero no desprovista de cierta vivacidad nativa, que aprenderá y comprenderá las ventajas de una buena Asistencia obstétrica, de la que no puede aislar-

se la difusión de útiles preceptos de puericultura pre y post-natal.

Pero es indispensable también que a esta acción beneficiosa de la Asistencia Pública Nacional no se opongan los médicos, ya aceptando sin dificultad la colaboración de las aficionadas, ya prefiriéndolas decididamente a las parteras egresadas de la Facultad.

Las condiciones defectuosas de alojamiento del paisano pobre exigen que, por lo menos para los casos complicados o que amenazan serlo, la Asistencia obstétrica pueda hacerse en locales y con material y personal adecuados. Por esta razón se impone la creación de Servicios obstétricos en relación con la importancia demográfica de las localidades de campaña. Servicios completos o pequeñas salas de 3 a 8 camas, locales de operación que puedan ser comunes con los de cirugía; no debe planearse en lo sucesivo ningún establecimiento de Asistencia que no cuente con este anexo indispensable. En los existentes deberán mejorarse sus instalaciones, siempre a la medida de las necesidades, o incorporárseles deliberadamente con arreglo a las observaciones que anteceden.

A la vez juzgo indispensable que las parteras puedan disponer de medios de transporte para trasladarse al domicilio de las mujeres en trance de parto o para trasladarlas a los Servicios obstétricos cuando el caso lo requiera.

En el curso de este informe ya he hecho alusión al factor económico que aleja a las veces de una asistencia correcta.

No está en el poder de la Asistencia Pública Nacional resolver esta faz del problema, pero cada uno de sus miembros, funcionarios o benévolos y abnegados colaboradores de su acción, deben presionar a los Poderes Públicos en el sentido de que se mejore rápidamente la situación económica del proletariado campesino. Mientras haya estancias en las que se prefiera al peón soltero o con toda clase de artimañas se luxe al que tiene familia; mientras el salario no rebase ese límite que señala las fronteras de la miseria con su cortejo de deficiencias suntuarias y alimenticias, no es posible que el paisano eleve su punto de mira hacia una vida mejor.

Limitar el caudal de remuneración del trabajo campero

al mínimo compatible con el vivir—el mal vivir—cuotidiano es hacer imposible la obra de elevación moral y material por la que debemos interesarnos precisamente aquellos que, rodeados de los halagos de la civilización, miramos hacia abajo y vemos el zanjón en el que tristemente arrastran su carga sin perspectivas amenas a aquellos que tienen tanto derecho como nosotros a exigir de la existencia algo más que uncirse toda la vida al yugo del duro trabajo de cada día.

A paisano pobre, rancho miserable. En el rancho miserable crece lozana la planta del vicio y de la enfermedad.

Alguien ha dicho que la Higiene más que una Ciencia es una virtud, pero bien sabemos que el culto de la virtud es muy difícil cuando la recompensa se percibe lejana, brumosa o imposible.

En esta cuestión como en todas las que atañen a la Asistencia pública no es posible aislarse de los graves problemas que la organización social contemporánea agita en nuestro tiempo en la búsqueda de una solución de Justicia y de Bondad. Y cuando he visto llegar a mi Servicio y morirse no pocas veces mujeres jóvenes a las que había faltado una buena asistencia obstétrica, me he preguntado qué parte de responsabilidad me correspondía al haber planeado y realizado la Protección Maternal para Montevideo y no haber seguido tesoneramente para que en todo el país se organizara con arreglo a los postulados modernos. Lleno hoy ese vacío; pago mi deuda volcando en estas páginas el caudal de observaciones que mi larga actuación me ha sugerido.

No me cabe duda que la solución definitiva no está próxima. Pero desentrañar los fundamentos de una cuestión, enfrentar las dificultades y buscar su corrección, son un primer paso.

De la conjunción de esfuerzos nacerá una situación de progreso y la actuación del Consejo de la Asistencia Pública Nacional en estos últimos años hace presumir que no escatimará los medios para mejorar la Asistencia obstétrica en campaña.

Conclusiones

1.° El hecho de haber incluído este tema para ser tratado por el Congreso, indica que la Asistencia Pública Nacional considera que la Asistencia obstétrica de los desvalidos es, en campaña, imperfecta y deficiente.

2.° Las causas de este estado de cosas son múltiples: ignorancia, prejuicios, miseria, aislamiento, carencia de personal técnico, etc.

3.° El mejoramiento de la Asistencia obstétrica en campaña, se obtendrá:

A) Por una mayor difusión de cultura general y por la enseñanza de la Higiene.

B) Por un mejoramiento en la situación económica del paisano con sus naturales consecuencias de perfeccionamiento de la vivienda y de las condiciones generales de la existencia.

C) Por la instalación sistemática, en todos los nosocomios de campaña, de locales para la Asistencia obstétrica especializada y por la disposición de medios de movilidad que permitan el rápido traslado del personal técnico y de las enfermas.

D) Por una mayor preparación de los médicos y de las parteras en las disciplinas obstétricas.

E) Por la creación en todas las localidades de más de doscientos habitantes, de puestos de parteras de la Asistencia Pública Nacional y, a ser posible, de un personal volante susceptible de trasladarse para los casos graves, y en un radio prudencial.

F) Por una lucha tenaz y constante contra el ejercicio ilegal de la Obstetricia en forma que las parteras se sepan espaldadas por la Asistencia Pública Nacional en su lucha contra las aficionadas.

G) Por el apoyo decidido de los médicos a las parteras, oponiéndose a asistir en colaboración con las aficionadas, por razones de conveniencia y decoro profesionales.

H) Por una lucha constante contra el progresivo desarrollo de la ilegitimidad como factor de abandono y desamparo del niño y de la madre.

¿Puede el médico, en caso de interrupción terapéutica del embarazo, confiar la operación a una partera? (1)

Un caso desgraciado, sobre el que he sido consultado hace pocos días, y que reproduce un hecho tal vez más frecuente de lo que parece, me indujo a plantear la pregunta que motiva este trabajo, y que desearía ver resuelta en nuestra Reunión para amparar su respuesta con la opinión colectiva de los que más a menudo se ven frente a esta clase de problemas.

Una joven, que ha tenido hace algún tiempo ligeras hemoptisis, concibe ilegalmente; consulta a su médico habitual, enfeudado a la doctrina que prohibe la asociación tuberculosis - embarazo, y que decide la evacuación uterina. Ordena verbalmente a una partera la intervención; ésta coloca durante tres días una sonda intrauterina; el huevo es expulsado en parte. Algunos días después aparecen serias hemorragias uterinas, fiebre y un síndrome grave de infección peritoneal acompañado de signos pulmonares de tipo embólico; ignoro la terminación.

No puede dudarse que atravesamos una época perturbada por el agrietamiento de ciertas bases éticas que podían creerse inconmovibles, y de esa vacilación, de esa desorientación, participan también muchos médicos, que por pereza mental, por pusilanimidad, y algunas veces — que quiero creer excepcionales — por amoralidad o interés. no dan al problema gravísimo del aborto provocado, toda la importancia que se merece.

Aceptan ciertas doctrinas cómodas, por lo simplistas, y con una facilidad rayana en la inconsciencia. aconsejan la interrupción del embarazo.

---

(1) Comunicación a la reunión de Gineco-Tocológica de la Casa de la Maternidad.

Nuestra legislación pone a cubierto al médico que con criterio clínico reposado llega a conclusión tan desagradable, pues en el artículo 344 de nuestro Código Penal, refiriéndose a las causas agravantes de las penalidades establecidas para los casos de aborto provocado criminal, dice: "Estarán, sin embargo, exentos de responsabilidad, los médicos y cirujanos que justificasen haber obrado con el propósito de salvar la vida de la mujer, puesta en peligro por el embarazo y el parto".

Véase que subrayo las palabras "médicos y cirujanos", únicos profesionales que cita el Código, y a quienes exime de responsabilidad.

Donde comienzan las dificultades es cuando se debe precisar con conciencia y exactitud las causas susceptibles de poner en peligro la vida de la mujer.

La evolución constante y el perfeccionamiento de las disciplinas ginecológicas han hecho desaparecer progresivamente un gran número de indicaciones. ¿Quién, por ejemplo, defendería hoy, científicamente, la interrupción profiláctica del embarazo en los casos de viciación pelviana?

No debe olvidarse tampoco que los derechos del embrión y del feto. se han robustecido con el advenimiento de métodos y procedimientos terapéuticos que rebajando sensiblemente el porcentaje de mortalidad materna justifican se les tenga en cuenta en la apreciación de las soluciones finales.

El médico práctico no puede eximirse, so pena de incurrir en responsabilidades, de conocer las opiniones actuales de ginecólogos y médicos legistas, asumiendo frente a una posible encuesta, desventajosa para su reputación, la actitud del culpable por ignorancia e impericia.

Esta ignorancia, sin embargo, explica el hecho paradojal de que en la clientela de los especialistas y en sus Servicios clínicos, la interrupción del embarazo sea proporcionalmente menos frecuente que en la de los médicos generales.

La interrupción terapéutica del embarazo debe, pues, ceñirse hoy a los preceptos generalmente admitidos y rodearse de todas las precauciones necesarias para no ser ni siquiera sospechada de costear las fronteras del Código Penal.

Los autores abundan en indicaciones defensivas de la maledicencia o del "chantage", aconsejando al médico que va a proceder a una interrupción de embarazo llame a otro colega competente y respetable, para someterle el caso, discutir sus modalidades y obtener su conformidad en la decisión, después de lo cual procede redactar por escrito los fundamentos y los detalles de la intervención y obtener, también por escrito, la ratificación del marido, padre o persona que tutela natural o legalmente a la enferma.

No dudo que es éste el procedimiento que mejor garantiza al médico; pero en la práctica corriente, puede presentar algunas dificultades para su aplicación, máxime cuando se trata de viejos clientes, familias honorables, a quienes estas formalidades pueden parecer casi deprimentes de la confianza recíproca que han depositado en su médico y consejero

Para estos casos aconsejo la recolección por escrito de datos de la historia clínica (pulso, temperatura, vómitos, hemorragias, tratamientos empleados, etc.) por la propia familia de la enferma. En estas condiciones conservo siempre en mi poder el justificativo clínico de mis decisiones. Fuera de estas circunstancias, y en otro ambiente, me parece oportuno rodearse de las precauciones que aconsejan los clásicos.

Dilucidado este punto, queda la ejecución de lo resuelto.

¿Qué motivos puede tener el médico para delegar en una partera atribuciones, de las que mantiene toda su responsabilidad personal?

Si se tratara de intervenciones difíciles o complicadas, que exigieran una habilidad especializada, cabría esta delegación de funciones, aunque nunca en personas mal preparadas técnicamente e inhabilitadas por disposiciones legales para aceptarlas y ejecutarlas; pero es que bien se sabe que los procedimientos actuales de interrupción del embarazo están y deben estar al alcance de todos los médicos.

Falla, pues, esta primera excusa.

¿Hay el deseo de no participar ostensiblemente en un acto que puede ser mal juzgado?

Falaz e inconsistente pretexto si se han llenado las condiciones clínicas requeridas para justificar su conducta.

Además, el médico debe excluirse en principio de toda camaradería con sus subalternos técnicos, camaradería que a la larga crea vínculos que en determinado momento pueden seriamente comprometer la reputación profesional, mezclándole a las veces en hechos delictuosos, de los que inocentemente participa para salvar alguna vida comprometida por su colaboradora habitual.

Pero es que el médico al ordenar y la partera al practicar la intervención, violan la ley escrita y los reglamentos vigentes.

Recuérdese que el Código Penal exime solamente de responsabilidad a los "médicos y cirujanos", y en manera alguna a otras personas, sean o no profesionales. Reflexiónese que, al ordenar la intervención, el médico acepta implícitamente sus consecuencias, o en otros términos, se responsabiliza de las faltas técnicas que pudo evitar, haciendo personalmente una operación para la que está habilitado, y que no puede delegar en persona a quien la está prohibido practicarla.

La profesión de partera se rige en nuestro país por las ordenanzas dictadas por el Consejo Nacional de Higiene que delimitan la manera cómo estas profesionales utilizarán los conocimientos que les ha dado la Facultad de Medicina. Para el caso que nos ocupa. rige la disposición de enero 27 de 1888, que dice: "De conformidad con lo preceptuado en el artículo 4.° del Reglamento de Policía Sanitaria, queda absolutamente prohibido a las parteras, bajo pena de doscientos pesos de multa o cincuenta días de prisión, prestar ninguna clase de asistencia en los casos de enfermedades uterinas o de cualquiera otra especie

Llamo la atención sobre la última frase del artículo, pues es absolutamente terminante.

Viola, pues, la reglamentación vigente toda partera que, aún obedeciendo a órdenes expresas de un médico, práctica maniobras tendientes a la interrupción del embarazo, no sirviéndole de excusa la orden referida, pues, nadie está autorizado a alzarse contra disposiciones legales expresas.

Existen verdaderas razones para insistir en la aplicación severa de la reglamentación.

En primer lugar, con excepción de un corto número de parteras, adscriptas a los Servicios clínicos o a algunos médicos de gran clientela ginecológica, en donde han adquirido como ayudantes cierta habilidad, la mayoría no posee esa destreza, ni tiene ni mantiene conocimientos científicos que aleje de ellas la probabilidad de gruesos y fatales errores.

La conciencia de su impericia relativa y de la posición inestable en que se colocan del punto de vista legal. hace que la mayoría de las parteras, al recibir la orden de interrumpir un embarazo, sigue una técnica anticuada y deficiente, en vez del manual operatorio claramente establecido al presente.

La instilación de líquidos irritantes, la introducción de sondas no dan, por lo general, lugar a la expulsión completa del óvulo, y la retención parcial de fragmentos se acompaña de accidentes hemorrágicos o sépticos, nacidos estos últimos contemporáneamente con la intervención, por falta de cuidados previos de la aseptización de las vías genitales o consecutivos a la descomposición de esos restos.

Estos accidentes, excepcionales cuando es el médico que interviene en plena posesión de todos sus medios, son frecuentísimos en el caso contrario, y si por acaso no se traducen por complicaciones de gravedad inmediata, se encuentran luego en la etiología de una proporción considerable de ginecopatías que disminuyen el valor social de la mujer.

Además, para los que, como yo, creen que la partera no es sino el exponente y el vestigio de un prejuicio sexual fomentado por las creencias religiosas, y perpetuado merced a la defectuosa orientación mental de las mujeres, no les es posible concederles otra misión que la de vigilancia del embarazo y parto normales. Los conocimientos que adquieren en la Escuela de Parteras les dan elementos para despistar las desviaciones del embarazo, pero en manera alguna las autoriza a corregirlas. Es tan compleja hoy la Clínica obstétrica que son indispensables conocimientos de Fisiología, Biología, Patologías general y especiales, Terapéuticas médica y quirúrgica, para orientarse racionalmente en el dédalo de las indicaciones. Falta a las parteras la preparación cultural previa

que explica la incomprensión de nociones que para el médico son sencillas y elementales. No se debe, pues, ampliar su esfera de acción, so pena de verlas invadir un campo vedado con toda razón y justicia.

Es el médico y sólo él que debe en plena conciencia de su responsabilidad fijar la indicación de la interrupción del embarazo y llenarla practicando personalmente la intervención necesaria, rodeándose de todas las garantías morales, clínicas y materiales que le pongan a cubierto de la imputación de haber procedido con ignorancia o impericia, o, lo que es más grave, de haber cedido a la presión del ambiente por móviles inconfesables que menoscaben el severo ministerio que ejerce en la sociedad actual.

Conclusiones. — 1.° El médico no puede ni debe delegar en una partera la ejecución de las maniobras conducentes a la interrupción terapéutica del embarazo.

2.° La partera que obedeciendo a órdenes de un médico, lleva a cabo esa clase de intervenciones, incurre en falta castigada por la legislación sanitaria vigente, y se expone a caer en la órbita del Código Penal.

Consideraciones sobre la lucha en el Uruguay contra el aborto criminal provocado

I

¿Existe en el Uruguay el problema del aborto criminal provocado?

Más que cualquier disquisición retórica hablarán las cifras.

De las Memorias y otros datos obtenidos sobre el funcionamiento del Hospital Maciel (ex "de Caridad") he llegado a las cifras siguientes:

AÑOS	Partos	Abortos	Porcentaje
1899	195	4	2.05 %
1908	404	41	10.14 »
1914	687	159	21.69 »

Aún aceptando que las estadísticas nosocomiales no reflejen de una manera sincrónica las oscilaciones clínicas de toda la población, no deja de llamar la atención el hecho de que en 15 años, mientras el movimientos de partos a término pasaba de 195 a 687, es decir, en la proporción de 1 a 3.5, los abortos pasaron de 4 a 159, es decir, 1 a 39.75, o sea en proporciones redondas, que mientras el movimiento de partos subió penosamente hasta triplicarse en los mencionados tres lustrios, los abortos se multiplicaron por cuarenta!

Desgraciadamente, muy atacable es esta estadística.

Coincidiendo con ese período se ha desarrollado mi actuación profesional y con asombro al principio, luego con pesar, hoy con alarma veo ratificadas esas proporciones ante el más ligero y superficial examen.

Más adelante trataremos de esbozar una enumeración

de las causas que, según nuestras convicciones, explican tal situación, pero sin que por esto tengamos motivos de consuelo, digamos desde ya que el aborto criminal provocado constituye hoy una plaga de las sociedades civilizadas.

Desde la vieja Europa, en donde una moral tan tradicional como ficticia, parecería deber encubrir con manto hipócrita sus lacras sociales, hasta las extensas tierras de la libre América Septentrional, por doquier, la voz de médicos, filántropos, sociólogos e higienistas, se alza airada, por desgracia como en la frase bíblica "en el desierto", para señalar y fustigar, a la vez, prácticas reñidas con la Moral y la Justicia.

Las breves consideraciones que preceden me eximen de entrar mayores detalles, para probar con toda evidencia que "el problema social del aborto criminal provocado existe en el Uruguay".

II

¿A qué causas puede atribuirse la extensión del aborto criminal provocado?

Lejos estoy de pretender ahondar una cuestión que exigiría una preparación que no tengo, pero una observación paciente y ceñida del medio en que actúo, me habilita como a cualquier mediano espectador, para ver claramente algunos detalles.

Aunque desmentida en muchas partes, es afirmación corriente que la disminución de la natalidad por restricción voluntaria de la procreación acompaña a las hondas crisis económicas y sociales; en el Uruguay, por lo contrario, el ascenso creciente y al parecer indefinido del aborto criminal se inicia en una época de caracteres totalmente opuestos.

A las profundas perturbaciones económicas de 1890 y política de 1897, subsiguió un verdadero renacimiento financiero que, a no dudarlo (y a pesar, o tal vez, por su misma repetición en 1904, con la consiguiente solución radical) tuvo su razón de ser en la estabilización de nuestras instituciones.

No es posible desconocer que en el decenio 1905-1914 una era de positiva prosperidad individual y colectiva reinó en nuestro país. En ningún momento pudo atribuirse a dificultades de la vida esa tendencia a la restricción de la procreación.

Pero el ejemplo perturbador de la Francia contemporánea demuestra que no es aquí donde encontraremos la explicación; no será tampoco en Alemania en donde esa llaga roedora se desarrolla contemporáneamente con su formidable ampliación económica; no será tampoco en Estados Unidos de Norte América, en los que el problema social o socialista, si se quiere, ha sido resuelto, por lo menos,, provisoriamente, en una forma que no realiza, seguramente, el ideal de Carlos Marx.

Es que el malthusianismo, o mejor, el neomalthusianismo, tiene profundas raíces en el egoísmo individual.

No acompaño, seguramente, a los ácratas, que proclaman la "Huelga de vientres", como meta deseada de una sociedad futura, pero menos aún a los sociólogos y moralistas, que al servicio de un ideal de Patria, agresiva y cruel, combaten el neomalthusianismo, pura y sencillamente porque su difusión resta hombres para la insaciable glotonería de una guerra futura.

Hay dentro del concepto del neomalthusianismo — cuyo nombre asusta más que el hecho mismo — la consagración de un sentimiento que la mayor parte de los hombres se avergüenza de confesar. Es indudable que apesar de las conquistas sociales adquiridas, se arrastra todavía un pesado bagaje de mentiras convencionales, de ampulosas frases hechas, de preceptos cristalizados que sólo un corto número de tipos superiores es capaz de atropellar.

Un proverbio castellano dice: "Cada hijo que nace trae un pan debajo del brazo", queriendo dar a entender que con la multiplicación de la familia las probabilidades de prosperidad crecen. Podría ser esto verdad cuando el pan se cocía en el horno casero; pero, en cambio, hoy sabemos que para un padre consciente de sus deberes, cada hijo que nace es un nuevo y, a veces, angustioso problema que se yergue en

su porvenir. El deber estricto de armar a los hijos para permitirles vivir en medio de una lucha cada vez más intensamente dura, hace que muchos hombres piensen con razón en la limitación de una procreación que en vez de hombres libres, lance a la vida futuros ilotas por falta de preparación intelectual, física y moral.

Pese a los moralistas, la realidad brutal, la que los médicos apreciamos en todo su esplendor bestialmente ancestral, es que muy pocas parejas piensan en el futuro hijo en el momento del amplexo sexual; conscientes de ese abandono que puede facilitar una concepción ni deseada, ni a veces deseable, se explica que hagan su profilaxis. Esta profilaxis tiene muchos puntos susceptibles de tentar una argumentación defensiva.

Es el instinto sexual demasiado poderoso para dominarlo con recetas puritanas o consejos teológicos; hay que tomar al hombre como es y sin desesperar de un perfeccionamiento que muchos siglos serán necesarios para obtener, encarrilar ese instinto, en una forma que, sin contrariarlo, evite sus inconvenientes y sus consecuencias involuntarias.

No es posible olvidar que el más formidable aliado del malthusianismo ha sido la intensa lucha de clases, cuyo pálido reflejo apreciamos en nuestro país.

Con un razonamiento infantilmente simple, los proletarios han creído que bastaría la limitación de la procreación para resolver el duro problema de la oferta y la demanda de brazos, y con esa idea romántica expuesta y desarrollada por los profetas de la religión del porvenir, han entrado, casi diría absolutamente, en la esfera del neomalthusianismo.

Valgan estas consideraciones forzosamente un poco extensas, para explicar por qué considero con indulgencia al neomalthusianismo, sin que logren modificar mi simpatía — que no es absoluta ni definitiva — ni las homilias pseudo morales, ni las tiradas patrióticas. Entre nosotros no existe un neomalthusianismo doctrinal; salvo una proporción reducida de elementos populares, a los que alcanza la propaganda ácrata, para la enorme mayoría se le practica lisa y llanamente sin preocuparse de su esencia.

Hay en nuestro país un mal creciente y común a todas las sociedades civilizadas actuales: el afán de llegar pronto y por todos los medios. Lejos de mí la idea de encontrar errónea la tendencia a la obtención de los mayores goces con el menor esfuerzo; es una tendencia natural y vieja como el mundo. Para una época como la presente, en la que el miraje de un paraíso extraterrestre se ha esfumado al impulso de la renovación social, resulta difícil contenerla; pero si el impulso es espontáneo y defendible, grave y amoral es la forma como se quiere alcanzar ese desiderátum. Todos los medios son buenos y a esa falta de escrúpulos debemos atribuir los ejemplos desmoralizadores que se observan en política, comercio, profesiones liberales, etc.

Frente a ese "arrivismo" es indudable que una prole numerosa es como pesada impedimenta para una columna militar volante, y de ahí que sin vacilar hombres y mujeres comulguen en los mismos altares.

Pero equivocando la ruta y probablemente más por irreflexión que por inmoralidad, el neomalthusianismo se practica en su forma atentatoria a toda moral y a toda justicia: el aborto provocado.

En vez de las prácticas profilácticas preconcepcionales se suprime lisa y llanamente el nuevo ser.

Muchas veces he interrogado a los padres del sacrificado y he quedado sorprendido de su inconsciencia, y ellos no menos de la importancia y de la gravedad del acto que acababan de cometer con toda sangre fría.

Hay un concepto corriente de la vitalidad fetal, que tiene sus hondas raíces en preceptos teólogicos medioevales, y que explica en parte este desprecio por la vida del embrión.

"Es una bolsita de sangre, es un pedacito de carne", se oye con frecuencia decir, ignorando que este trocito de carne siente y sufre, vive, en una palabra, y que su vida es ante la ética, tan respetable a las 24 horas de concebido que a término cuando responde con gritos vigorosos a las primeras palmadas con que se desea activar una hematosis pulmonar adormecida.

Esta revelación ha hecho retroceder a más de un indivi-

duo ya decidido, y aunque haya sido necesario en ellos un fondo de honestidad previo, no deja de halagarme la victoria conseguida en algunos casos.

A esta ignorancia del valor de la vida embrionaria, hay que agregar los frutos de una propaganda intensiva de la que nos ocuparemos en capítulo aparte, por considerar que es un factor de una importancia capital y de una inflluencia decisiva.

Pero no es esto solo lo que podemos observar en la génesis del pensamiento de las futuras abortadas.

La difusión de los conocimientos hace que cada día penetre más en la mentalidad de todas las clases sociales el convencimiento que la Higiene y la Medicina tienden a suprimir todo lo que haga físicamente pesada la existencia. Toda mujer que ha sentido las molestias y los dolores del embarazo y de un parto retrocede ante la idea de volver a recorrer el calvario que injustamente la naturaleza le señala para el cumplimiento de esa función primordial para la perpetuación de la especie, y si a la mano percibe los medios de evitarlo, grande tiene que ser su entereza, muy sólidos sus principios y robusto su estoicismo frente a los dolores físicos para substraerse a la tentación que por lo general se le presenta bajo halagüeñas apariencias.

Interrogad a cien abortadas, y noventa y cinco os responderán acusando la mayor ignorancia de las consecuencias funestas que, no ya para su salud moral, sino para su salud física puede tener un aborto provocado, porque, como veremos al tratar de la propaganda, jamás se les dice que hasta la vida puede peligrar.

Se ve, pues, cuán complejo es el origen — y, seguramente, se me escapan detalles — del proceso mental que conduce a la provocación del aborto.

El terreno está, pues, preparado; veamos cómo se le cultiva para que de sus lógicos frutos.

III

La propaganda del aborto criminal

Cualquiera creería que dadas las razones casi siempre inconfesables que inducen al aborto criminal, su realización se obtuviera mediante largas y misteriosas tramitaciones.

Lejos de eso, este delito parece reducido a la categoría de peché mignon, de aquellos que se confiesan con fingida turbación.

Desde los corrillos de sirvientas a las tertulias de encumbradas damas, nadie se asombra de oir las múltiples proezas de la amiga que a veces, con orgullo de militar que cuenta sus campañas, refiere que está en su cuarta o quinta experiencia terminada con éxito.

He quedado alguna vez asombrado de la falta de sanción que estos hechos tenían, de parte de personas cuya moralidad creía más sólidamente establecida.

Los malos, y por desgracia felices ejemplos, cunden, y he aquí una primera y eficaz forma de propaganda.

Agréguese a eso la descarada e indecente propaganda verbal y por la prensa, hecha por las profesionales del aborto.

Todos han podido leer en uno de nuestros cuotidianos, un aviso así concebido: "Curaciones sin dolor, para embarazadas, con arreglo a los procedimientos más seguros y modernos". Sigue el domicilio, días y horas de consulta, etc.

En otros avisos más discretos, sólo se dice que "se reciben pensionistas".

Pero, todavía, la propaganda verbal es la más eficaz.

¿Qué poco debe costar, a las nuevas Celestinas, hacer caer una voluntad ya bamboleante, presentando la intervención como segura e inofensiva?

Sin embargo, no siempre es así. En 1915 murió en mi Clínica, de septicemia por aborto provocado una mujer que por dos veces retrocedió de la puerta de la abortadora, y recién a la tercera, empujada violentamente por su amante, penetró en la casa de la que había de salir herida de muerte.

Múltiples son los medios de la propaganda verbal a que me refiero, y todos conducen al mismo fin: presentar la operación como exenta de todo riesgo.

Hay otro factor importante: la impunidad.

Una primera impunidad es la que resulta del hecho que a pesar del número considerable de abortos provocados, la proporción de casos mortales es relativamente pequeña. Pero lo que no saben las mujeres es que centenares de desgraciadas pagan con años de sufrimientos y operaciones graves y mutilantes la intervención abortiva.

La otra es la impunidad legal.

No se me oculta la dificultad de probar el delito, pero es también cierto que por lo general, las sanciones penales han sido tan raras, que los médicos hemos concluído por convencernos que debe haber motivos extraordinarios para que los Jueces no puedan con mayor frecuencia aplicar las expresas disposiciones de nuestro Código Penal.

Las denuncias se han hecho y se hacen, pero la mayor parte de las veces la profesional continúa su provechosa carrera, como si dicha denuncia hubiera agregado colores más brillantes a su affiche, para hacerlo más visible.

Como contragolpe de estos factores de propaganda está la difusión de sus ventajas entre profesionales que por la naturaleza de sus estudios y por la misión social que desempeñan debieran, por lo contrario, oponerse a la extensión del aborto criminal.

Pero el factor económico se introduce aquí como una cuña entre la conciencia y las necesidades de la vida.

Pocas son las profesionales que tienen una escogida clientela que les permita vivir con desahogo y al abrigo de tentaciones peligrosas.

Para las más, el ejercicio profesional es duro, penoso y mal retribuído. Los partos, en los conventillos son, con mucha frecuencia, poco, tarde, y a veces nunca pagos.

En cambio, la más infeliz plebeya paga, y, por adelantado, ocho, diez veces por una provocación de aborto, de lo que pagaría por un parto.

Estas profesionales están en la situación de nuestros

guardias aduaneros de frontera, que frente a un contrabando que pasa la línea, tienen que optar entre un puñado de libras esterlinas o una bala en la cabeza.

Añádase a esto el origen habitual de la inmensa mayoría de las profesionales obstétricas; pertenecen a las capas sociales más inferiores, a aquellas en que la miseria no da tiempo a forjar caracteres, ni a cultivar sólidos principios de ética.

Es preciso haber recorrido durante años las viviendas obreras, como lo he hecho yo, para admirarse de que todavía subsistan vestigios de moralidad en esa pobre gente que vive hacinada, en una promiscuidad moral mil veces peor que la física.

Claro está que con esto no justifico aquellas graves infracciones, pero sí explico por qué los preceptos del neomalthusianismo criminal encuentran campo abonado para arraigarse.

IV

El secreto médico y la represión del aborto criminal

Uno de los más serios obstáculos para la aplicación de las penas a los culpables de provocación del aborto es, sin duda alguna, el secreto profesional.

En conversaciones con distinguidos colegas, he podido darme cuenta que en sus conciencias se erguía este sano y moralizador precepto, como una barrera casi insalvable frente a la marea disolvente que amenaza las raíces de nuestra nacionalidad.

Nadie más respetuoso que yo de todo lo que sea un medio de dignificar la personalidad del médico, de proporcionarle atributos que le coloquen en situación moral ventajosa sobre la sociedad en que desarrolla sus actividades. Creo que por mucho tiempo la discreción profesional será uno de los más robustos pilares en que se asiente la confianza de sus clientes.

Pero hay que reconocer que el secreto profesional tiene

forzosamente que evolucionar como evolucionan todas las costumbres y los preceptos de conducta individual.

En una época en que los médicos constituían un gremio cerrado con más que hábitos, ritos profesionales, cuando usaban una lengua muerta, el latín, para hacer ininteligibles al vulgo sus prescripciones, sus discusiones y hasta su ignorancia; cuando tenían fueros particulares y tribunales profesionales, que juzgaban sus faltas, que escapaban a la justicia común, lógico era que se creyeran por arriba o por fuera de las leyes comunes.

Con el progreso de las costumbres, los médicos han ido acercándose a la sociedad de su tiempo; por sus conocimientos, de la Medicina individual se han elevado a la Medicina social, y no es posible, si quieren conservar su justa reputación de consejeros y conductores, que se desinteresen de lo que a la Sanidad social se refiere.

Así, poco a poco, la noción del secreto profesional va quebrantándose por evolución natural, y sin dejar de ser siempre el discreto depositario de tantas miserias y tantos dolores, el médico sabe que hay momentos en que a trueque de violar su secreto, causando con eso un perjuicio individual evidente, coloca por encima el interés colectivo haciendo obra de solidaridad humana, sancionada su conducta por ordenanzas y leyes concretas.

¿Qué otra cosa que una violación del secreto profesional hacemos todos, cuando cumpliendo simples ordenanzas (y no leyes) del Consejo de Higiene, denunciamos casos de enfermedades infecto-contagiosas?

¿Quién no ha pensado con pena en los perjuicios que a modestas familias iba a causar la colocación del cartel amarillo de la Dirección de Salubridad, anunciando a todos los vecinos y transeuntes la existencia de un caso de escarlatina?

¿No es terrible, en sus consecuencias, la violación del secreto médico que hace evacuar a un local de concentración, habitantes adyacentes a un foco de fiebre amarilla, de los que algunos se contagian y mueren, pudiéndose, tal vez, salvar si la falta de denuncia les hubiera permitido una fuga oportuna?

Cuando hemos denunciado un foco de peste bubónica y el enfermo velis nolis es llevado a la Casa de Aislamiento, ¿qué otra cosa hacemos que violar el secreto profesional?

¿Será posible que sea más decisivo para nuestra conciencia de médicos un peligro físico que podemos cuerpear con algunas buenas medidas higiénicas, que un enorme peligro social contra el que, tal vez, no basten los esfuerzos combinados de varias generaciones para alcanzar la victoria?

Es indudable que más de una vez la sanción legal hundirá para siempre víctimas tal vez interesantes, pero para mí es tan legítima la profilaxis social, como la defensa sanitaria. Estas víctimas serán el rescate de un perfeccionamiento colectivo y todos sabemos que no hay revoluciones sin muertos.

La pena individualizada es una conquista moderna, pero no cabe duda que la sanción legal visible tiene también una acción represora preventiva que los sociólogos no pueden desdeñar.

Todavía, y por mucho tiempo, para las mentalidades bastas, "la peur du gendarme" valdrá tanto a veces como la pena misma.

Además, un lento e incontrastable movimiento transforma poco a poco al médico en visible o indirecto funcionario sanitario. Las múltiples leyes y ordenanzas le van aprisionando en una red de disposiciones que tienden a darle cada vez más obligada participación en la defensa sanitaria de los pueblos. Mientras se pierde en el lejano horizonte histórico un espiritualismo que alejaba las costumbres del análisis objetivo abriendo un abismo entre el mundo físico y el mundo psíquico, un positivismo de buena ley hace caer en su esfera de atracción toda una serie de problemas antes metafísicos, para someterlos a la observación y de ella extraer conclusiones que tengan por objeto el mejoramiento social como secuela lógica del perfeccionamiento individual.

Es por esto que el médico, frente al peligro evidente del aborto criminal debe preguntarse si tiene el derecho de traicionar la causa colectiva en aras de un precepto respetable, pero necesariamente dúctil, si quiere no volverse arcaico, o

bien colocando su conciencia al unísono del movimiento universal de solidaridad humana, descender de su pedestal para confundirse con los dolores y las miserias de sus semejantes, llevando con mano robusta el cauterio allí donde la gangrena amenaza destruir el miembro e intoxicar al organismo entero.

Conste que durante años, y aún todavía para muchos casos, el admirable libro de Brouardel "Le Secret medical". ha sido mi breviario, pero aún en Francia, en donde la colectividad médica es una fuerza respetable, allí donde en estos momentos con su sangre generosa hace nacer una deuda de gratitud imperecedera, el movimiento que esbozo en las líneas que anteceden, sigue su avance incontrastable. Las vivaces discusiones, la oposición contra la declaración obligatoria de la tuberculosis, han demostrado su importancia, y grandes probabilidades de victoria de la tesis contraria, que se hacen visibles.

En nuestro país, de hecho estas ideas han triunfado. No solamente nuestros Códigos no consagran el derecho absoluto al secreto, sino que toda nuestra legislación sanitaria se funda en la obligación para todo médico de transgredir en determinados casos el secreto profesional.

Opino que el problema del aborto criminal es tan evidente, tan angustioso, y, seguramente, más grave que cualquien amenaza de invasión de enfermedades contagiosas exóticas y por eso debemos adaptarnos a la lucha, en condiciones de no sacrificar el porvenir de la raza al culto respetable, pero singularmente estrecho, del secreto profesional.

Hay, desde ya, todo un grupo de médicos a los cuales puede hacerse obligatoria la denuncia; los médicos de hospitales y demás reparticiones de la Asistencia Pública Nacional, tratándose de casos que hayan observado en sus Servicios clínicos, o en el ejercicio de sus funciones. Son tan numerosas las ocasiones de observar abortos provocados, que no dudo, que si se castigaran solamente éstos, se ejercería una saludable coacción sobre la actividad de las abortadoras.

Para los demás, pido que evoquen los casos en que han visto perecer miserablemente, mujeres jóvenes y robustas, de

peritonitis por perforación uterina o de septicemia, mientras la abortadora gozaba de una impunidad sublevante, para despertar en ellos la reacción que esos hechos provocan.

Tales ejemplos tengo la certeza que harán vacilar sus ideas recibidas sobre el secreto profesional. No solamente con él se consagra una injusticia, sino que a su amparo asume el médico una enorme responsabilidad cargando a su cuenta ante el público, que ignora su verdadero origen, fracasos que pueden menoscabar su reputación.

Un espíritu de legítima defensa, el deseo de no verse burlado por innobles criminales, que a sabiendas se escudan tras los preceptos que encadenan la discreción del médico, la tendencia natural a no dejar impunes hechos delictuosos que por su repetición y falta de penalidad tienden a amenguar la justa repulsión que deben inspirar, son motivos más que suficientes para que todos los médicos colaboren en la obra de represión que debe iniciarse vigorosamente.

V

La legislación vigente y la represión del aborto criminal

Nuestro Código Penal en sus artículos 341 al 344, establece severas sanciones a los que practican o dejan que en ellas se provoque el aborto. En estos artículos no hay más restricciones que (lo mismo que las que establece el artículo 345) la defensa del honor o las indicaciones de orden médico.

No voy a abordar este grave problema de ética. Recientemente, y en ocasión de las violaciones cometidas por soldados alemanes en Bélgica y Francia, se ha agitado el problema y resuelto por la mayoría de los médicos en el sentido de respetar la vida del nuevo ser.

Pero es evidente que mientras la sociedad rinda culto a ciertos principios tan antiguos como crueles, que colocan a la mujer seducida al margen de ella, la legislación deberá tener en cuenta estas circunstancias para atenuar el hecho que, como dicen ciertos penalistas, es "de legítima defensa".

Salvo estos hechos que tienen que ser tratados como ver-

daderas excepciones, los demás deben caer bajo una sanción penal.

Nuestro Código es severo; para la mujer 9 a 18 meses de prisión, para el agente de provocación un mínimum de dos años de penitenciaría, con agravación de pena en caso de tratarse del marido, de médicos, farmacéuticos, parteras, falta de consentimiento o muerte de la mujer.

Con pocas diferencias estas penas son las establecidas en todas las naciones civilizadas, y a pesar de ellas, las cárceles están vacías y las casas de abortadoras llenas.

Probablemente es en este exceso de severidad que radica una de las causas de su ineficacia.

He visto más de una vez mujeres que sabían que se morían por haberse hecho abortar, y que, aún así, se negaban a declarar el nombre de quien las había infectado. Es que cuando se trata de casos graves, tiene buen cuidado el agente de hacer saber que si cae en la trampa, la víctima caerá también.

A mi juicio, y aunque parezca paradojal, creo que debe en primer término eximirse de pena a la víctima. Hemos visto, y, seguramente, no los hemos enumerado todos, los factores individuales y de ambiente, que facilitan la caída hacia el aborto. Si las predispuestas no encontraran personas aptas para ello, y que tienen todo interés en propiciar la caída, es indudable que ésta sería menos frecuente. No dudo que al través de esta gruesa malla pasarán casos muy poco recomendables, pero la exención — por lo menos transitoria — de pena, facilitará las investigaciones para la persecución de las abortadoras.

Como corolario de esto, opino que debe agravarse la pena para los factores e instigadores de aborto.

Y a ese respecto opino que una innovación que ya ha sido propuesta facilitaría la represión.

Consiste ella en dividir los casos — cuando en ellos hayan intervenido profesionales — en dos grupos, según que se hayan o no producido lesiones o enfermedades graves o la muerte.

En caso afirmativo, la justicia criminal seguiría su curso.

En caso negativo, el Consejo Nacional de Higiene, en uso de sus atribuciones de tribunal disciplinario, tomaría la participación que le corresponde, imponiendo las penas que la ley le otorga imponer, o las que una legislación previsora le agregue.

Como estos casos serían los menos graves, pero los más numerosos, no hay que dudar que la multiplicación de sanciones contribuiría a moderar la difusión del aborto.

Bien entendido que para que estas sanciones puedan llevarse a la práctica, es menester la colaboración de los médicos con las modificaciones al secreto profesional ya indicadas en capítulo aparte.

Mucho nos extenderíamos si quisiéramos exponer con detenimiento los fundamentos filosóficos, morales y jurídicos de estas madificaciones, pero no dudamos que el perfecto conocimiento de nuestro medio por parte de los miembros del Congreso, facilitará su comprensión y adopción.

Hay aquí ocasión para que el Cuerpo Legislativo y el Consejo Nacional de Higiene, dicten leyes y ordenanzas tendientes a modificar favorablemente la situación actual.

Entre estas últimas, hay una que se impone urgentemente: la modificación de la ordenanza sobre el ejercicio profesional de las Parteras.

Es menester colocarla al nivel del estado actual, con las restricciones que la práctica ha demostrado indispensables.

En primer término, debe reglamentarse la admisión de las llamadas "pensionistas". Cuando no se trata de discreciones pagas tan caramente como irrisoriamente mantenidas, es a menudo con el objeto de provocar el aborto.

Debe prohibirse en absoluto practicar intervenciones de Ginecología médica que sólo sirven para encubrir la propaganda abortiva.

Debe perseguirse de oficio el ejercicio ilegal de la Obstetricia, adoptando procedimientos sumarios que no alejen la sanción del hecho delictuoso, debilitando su eficacia.

No debe creerse con esto que propongo una campaña agresiva contra las parteras; en capítulo aparte indicaré otras medidas tendientes a elevar dicha profesión, que aunque re-

sabio de prejuicios religioso - sexuales, está llamada a persistir mucho tiempo todavía.

Pero ni las leyes ni las ordenanzas bastan, la campaña es más larga y difícil.

A las medidas de orden legal hay que agregar otras de orden social.

VI

Las medidas de orden profesional y social en la represión del aborto

En otro capítulo hemos visto que por la naturaleza de sus estudios, por su penetración en el ambiente familiar, por su sexo mismo, y más que todo, por las graves preocupaciones económicas derivadas de la forma como ejercen su profesión, algunas parteras, estaban casi fatalmente designadas para pasar a la categoría de abortadoras.

Hay, pues, necesidad de suprimir la mayor parte de los motivos que puedan impulsarlas al delito.

La Facultad de Medicina y en ella la Escuela de Parteras están llamada a ser el filtro primero.

Un programa de admisión severo, no solamente del punto de vista científico sino del moral, una supervisión constante durante la carrera, una severidad justa exonerará un gran número de candidatas casi analfabetas que entran a la profesión sin más estímulos que escapar a la obsesión de la cocina o de la pileta.

¿Que puede pretenderse de estos elementos de desecho? Científicamente serán nulas y moralmente peligrosas.

Esta selección traerá consigo un menor hacinamiento profesional y como consecuencia un mejoramiento en su ejercicio. Mucho pueden hacer también los colegas de los departamentos, en este sentido. Por su propaganda e influencia pueden facilitar el establecimiento de parteras en sus radios de acción, imponiéndose a la rutina y a la costumbre.

Numerosos son los casos que conozco de excelentes parteras que han sido "corridas" en pocos meses de capitales

departamentales por las comadronas del lugar, generalmente chinas o negras, ignorantes y sucias, pero que contaban con el apoyo de las familias y la tolerancia de los médicos. A mejorar su situación profesional contribuirán también las medidas que tiendan a oficializar la profesión, incorporándolas á la Asistencia Pública Nacional con funciones técnicas.

Si se tiene en cuenta que la inmensa mayoría ejerce en el medio indigente o casi, nada más natural que regularizar esta situación, pagando la Asistencia Pública Nacional la asistencia prestada a menesterosas, como se hace en Montevideo, en el Servicio de Protección Maternal, con doble beneficio, pues se garantiza a las mujeres pobres una correcta asistencia técnica y no se hace trabajar mal y en pura pérdida a las parteras pobres.

Cuando las parteras se sientan defendidas y sostenidas, y por otro lado amenazadas de penas graves para el caso de cometer infracciones, tendrán que seguir el buen camino, pues es humano buscar siempre la ruta de menor resistencia o menor peligro, cabalmente lo contrario de lo que pasa hoy día que la vida tortuosa es la más fácil y mejor remunerada.

Mucha mayor importancia tienen las medidas de orden social.

Prima sobre todo una buena educación sexual. No soy de los que creen que sea función escolar; familiar, íntimamente familiar debe ser, y esto exige condiciones no comunes, pero cada vez más frecuentes entre las madres actuales.

Una orientación racional y científica de la Moral sexual en ambos sexos, podrá más contra muchos prejuicios, será un factor de perfeccionamiento individual y colectivo mejor que las legislaciones más draconianas.

Síguele en importancia la acción persistente y moralizadora del médico entre su clientela.

Este deberá insistir frecuentemente en los peligros físicos cercanos y remotos del aborto, en sus consecuencias letales para el individuo y para la familia, en la inmoralidad que representa.

Hará penetrar en toda ocasión la noción verdadera que la vida existe desde el primer instante de la concepción, ha-

ciendo un llamado a los tiernos sentimientos que, obnubilados pero no anulados, existen aún en nuestras compatriotas. Hará sentir la enormidad del delito de privar de la vida y por causas fútiles a un ser que siente y ha adquirido ya derechos a la existencia.

En las familias católicas será de gran peso hacer saber que existen reiteradas disposiciones dictadas por los últimos Pontífices prohibiendo terminantemente la interrupción del embarazo, aún (lo que nos parece exagerado) cuando existe riesgo de muerte para la madre.

Nadie que conozca el ascendiente que el médico honesto adquiere sobre sus clientes, cuando a sus conocimientos científicos agrega cualidades de hombre de mundo y de consejo, dudará de la importancia que su propaganda tranquila y razonada ejercerá contra la difusión del aborto provocado.

Pero indudablemente tendrá que luchar con fe de convencido usando de su más ceñida dialéctica y utilizando para ella los lamentables ejemplos que haya podido observar en su práctica.

Junto a esta propaganda deben difundirse también los principios y las disposiciones legales sobre responsabilidad del amante y derechos correlativos de la mujer seducida. Si hay una conquista justa de nuestra época, es la ley de investigación de la paternidad; a medida que se conozcan y se extiendan estas nocioenss y que ellas comiencen a dar visibles frutos, más de un seductor consuetudinario verá aminorarse sus bríos.

Tocamos aquí uno de los puntos más interesantes y de más difícil solución inmediata.

¿Quién podría discutir que el ansia de desembarazarse del fruto de un amor no consagrado por la ley, sea un resultado de la situación deprimente y cruel que la sociedad impone a la madre soltera?

He perdido la cuenta de las jóvenes que se presentan a mi Servicio de la Casa de la Maternidad, sin trabajo ni hogar, porque sus amas, apenas conocido el embarazo, muy a menudo obra del hijo de la casa, las expulsan sin misericordia y porque en la inmensa mayoría de los casos se conside-

raría un ejemplo pernicioso para las niñas, lo que no impide que éstas, menos ingenuas y más diestras que la infeliz sirvienta, se entreguen a todas las habilidades de la "demi vierge".

No pretendo con esto afirmar que esto sea la regla, porque por fortuna aún, las nociones de alta moralidad no han desaparecido en la mayor parte de los hogares nacionales, pero tampoco es una excepción rara ni difícil de encontrar.

Parecerán duras mis afirmaciones, pero creo que los médicos tenemos el deber de decir la verdad sin velos, cuando ella puede servir la causa de la justicia.

Mientras llegue el momento de ver roto el prejuicio y sin llegar a la exageración de dejar sin penalidad la violación de los principios constitutivos de la familia actual, tiene el Estado el deber de amparar la situación de la madre soltera.

No se me oculta que la organización histórica de la familia está en mal de renovación; que fórmulas nuevas e imposibles de precisar reglamentarán la procreación legal de la especie con todas sus consecuencias jurídicas, pero hasta que ese momento llegue, debemos guardar, sino un respeto supersticioso a la organización actual, por lo menos la consideración que merece una institución que contribuye al mantenimiento del orden social.

Con estas pequeñas restricciones, todas las obras de defensa de la madre abandonada serán otros tantos aliados en la lucha contra el aborto provocado.

Casas de Maternidad, refugios, obradores, asociaciones de protección moral, defensa jurídica, cantinas maternales, admisión secreta a los servicios clínicos, primas de lactancia y crianza, en una palabra, todo lo que substituya al amparo espontáneo que desaparece con el abandono, debe ponerse en práctica de inmediato.

Al estudiar las causas probables de la difusión del aborto provocado, señalamos las dificultades que en los hogares pobres o medianos representaba la multiplicación de la prole.

Contra este obstáculo real deberán oponerse medidas legales que distribuyan mejor las cargas sociales. Por una par-

te medidas de protección, limitación del trabajo, fijación de salarios mínimos, formación de sociedades de cooperación y mutualidad, liberación o por lo menos disminución proporcional del impuesto a las familias numerosas, no son sino una parte pequeña, pero inmediatamente realizable, de esta lucha de defensa social.

En el polo opuesto, en aquellas clases sociales en las que la limitación de la procreación se lleva a la práctica como medio de evitar desmenuzamientos de las fortunas, se debe ser más radical.

Contribuciones gradualmente progresivas a las sucesiones, gravando fuertemente las porciones desmedidas, medidas de restitución en una palabra, tenderán a abrir brecha en una organización injusta, fuente de males incalculables y justificadas rebeliones.

Todo lo que llevamos dicho es inmediatamente factible y no debe perderse tiempo en llevarse a la práctica.

Quedan ahora los casos en los que ni la propaganda ni las leyes han podido ser efectivas y aquellos a los que tengamos que buscar solución porque no nos den asidero — como pasa ahora — las disposiciones jurídicas y las medidas sociales.

Es para entonces que el médico, acorralado en su último reducto, debe transigir con el mal inevitable.

Cuando las razones que los cónyugues presentan sean de tal volumen que el médico no encuentre en todo lo que hemos expuesto argumentos que satisfagan su conciencia y convenzan a los dispuestos a delinquir, entonces, como transacción, podrá aconsejar las prácticas anti-concepcionales. Esta afirmación no dudo que provocará en algunos colegas una cierta reacción. Se dirá que es una inmoralidad dar a las prácticas anti-concepcionales "personería jurídica" si se me permite la frase.

Muy lejos me llevaría la argumentación; prefiero sintetizar en breves frases mi modo de pensar.

El apetito sexual no es ni moral ni inmoral; es un hecho fisiológico como el hambre y la sed, aunque con un alcance final mucho más importante, porque si éstos tienden a la conservación del individuo, aquel asegura la perpetuidad de la especie.

Pretender reprimir el deseo sexual con fórmulas higiénicas o religiosas es querer vendarse los ojos y negar la mentalidad de las generaciones actuales.

Frente al concepto que el hombre moderno, obligado por la constitución social, tiene de las cargas que representa la procreación ilimitada, el médico como el moralista no tienen sino dos vías para seguir, malas ambas indudablemente, pero que una de ellas no representa una transgresión grave de principios de moral individual ni colectiva: el neomalthusianismo.

La otra inevitable como inevitable e incontrastable es el apetito sexual, es la frecuentación de las prostitutas, el adulterio en su forma más antipática, con sus graves peligros físicos, su deletérea influencia sobre las costumbres, su acción disolvente sobre el carácter del hombre.

Tironeado entre su instinto sexual y su temor de provocar una nueva concepción, ¿hacia donde se inclinará el hombre, hacia dónde le inclinaremos cuando acuda en busca del consejo desinteresado?

Plantear la cuestión es resolverla a mi juicio.

Los enormes peligros de las relaciones sexuales extraconyugales, los dolorosos ejemplos que cada médico ha podido recoger en el ejercicio de su profesión, deben llevar el platillo de la balanza hacia la primera solución.

Ella concilia la obediencia a una ley natural con las restricciones que una constitución viciosa del organismo social impone al hombre consciente de sus deberes.

Mucho se ha escrito sobre los inconvenientes psíquicos y físicos de los fraudes del acto sexual; ellos, particularmente algunos, como los que corresponden al "coitus interruptus" son reales. Pero ha habido también muchas exageraciones de parte de los adversarios del neomalthusianismo, que como siempre, por su exceso de celo han ido más allá del blanco.

Dentro de las prácticas anti-concepcionales, hay algunas que por su sencillez, por la mínima modificación que imponen al acto sexual, por su adaptabilidad a las necesidades y costumbres de la vida conyugal, por su discreción misma, tan digna de tenerse en cuenta para esta última, pueden lle-

varse a la práctica sin riesgos para la salud física ni moral.

Estas son las que deberá aconsejar el médico para casos como los últimamente citados, en los que no se decidirá sino después de maduro examen y luego de agotar los argumentos de todo orden que la situación social y la cultura de sus clientes le puedan sugerir.

Cuando el Comité organizador del Primer Congreso Médico Nacional me encargó la redacción del informe que antecede, no se me ocultaron las dificultades con que iba a tropezar para llevar a cabo esa tarea.

Problema sociológico más que médico, comprende un campo tan vasto que más que un informe, sería necesario un libro para ponerlo a punto. Cada una de las múltiples facetas de la cuestión se presta a desarrollos incompatibles con las proporciones de un informe.

Las conclusiones a que su estudio conduce tienen que ser también distintas según el criterio del que lo aborde, y confieso que no he podido desprenderme de convicciones que con el andar de los años se han robustecido y me han hecho ver cuánto queda por hacer para alcanzar una Justicia social relativa.

Las dudas del momento presente, la seguridad de que la ley no será sino un elemento de lucha y no el decisivo, ha hecho dé preeminencia a otros medios de combate. Estas mismas dudas explicarán por qué las conclusiones de mi trabajo no son terminantes ni radicales; todas ellas, que creo bien fundadas, tendrán que evolucionar con los aspectos diferentes que en el porvenir presente el problema del aborto criminal provocado.

No sé la suerte que podrá caber a mi informe después de discutido por el Congreso.

No dudo que muchas de mis afirmaciones y algunas conclusiones parecerán atrevidas, posiblemente ellas vendrán a turbar la tranquilidad del lago mental en que dormitan principios de conciencia respetables, pero que a veces parecen tales porque una autoinvestigación más aguzada que respetuosa no los ha sometido a una disección metódica.

Colmaría mis aspiraciones si la lectura de este informe provocara hondas reflexiones justificadas por la magnitud del problema que en él esbozo apenas.

Bastaría para mi satisfacción que el país entero se diera cuenta que el Cuerpo Médico Nacional a tiempo señaló el peligro que corre el porvenir de nuestra raza y la solidez de principios que hacían de ella una de las más respetables de América.

A las autoridades llamadas a legislar y aplicar las leyes, al Cuerpo Legislativo, a la magistratura, a las autoridades sanitarias, corresponde ponerse a la altura de la situación, para que en cualquier momento puedan decir como el Cuerpo Médico Nacional reunido en su Primer Congreso: "Hemos cumplido con nuestro deber".

CONCLUSIONES

1 — El problema del aborto criminal provocado existe en el Uruguay y su importancia se acrecienta progresivamente en proporciones alarmantes.

II Sus causas probables son múltiples, predominando una organización social defectuosa y una desviación moral colectiva e individual que debe corregirse por ser factor de disolución social.

III — La propaganda del aborto criminal es intensa y ejercida con toda eficacia e impunidad.

IV — El secreto médico absoluto es un obstáculo a la represión.

V — El principio del secreto médico debe evolucionar simultáneamente con la Etica contemporánea y con las funciones sociales del médico.

VI — La legislación vigente es inofensiva por su misma severidad.

VII — Debe establecerse transitoriamente la exención de pena para la abortada y la agravación para los actores e instigadores del aborto.

VIII — Conviene separar los casos que provocan consecuencias graves o la muerte, de los casos simples. Para los

primeros corresponde la acción criminal; para los segundos procederá la "correccionalización" de la pena, rigiendo para las profesionales las disposiciones que dicte el Consejo N. de Higiene de acuerdo con las necesidades actuales.

IX — Con más eficacia que las medidas legales de orden penal debe emprenderse una campaña de sólida educación de moral sexual de la que el médico debe ser el factor principal

X — La protección de la madre abandonada debe ser implantada en su extensión más amplia.

XI — Deben dictarse medidas de defensa social del hogar pobre y de reglamentación severa de la distribución hereditaria de la riqueza.

XII — Es necesario levantar el nivel moral y profesional de las parteras, mejorando su situación social como medio de alejarlas de prácticas delictuosas.

XIII — Por excepción deberá el médico luchar contra la tendencia abortiva aconsejando prácticas anti-concepcionales.

XIV — La lucha comprende un conjunto de medios que deben emplearse enérgica y simultáneamente.

XV — El primer Congreso Médico Nacional declara que el problema del aborto criminal provocado constituye un peligro social grave y llama seriamente la atención de los Poderes constituídos de la República sobre los medios necesarios para su represión.

Montevideo, marzo de **1916**

El aborto criminal es un grave problema nacional

En 1916 solicitado por el Comité organizador del Primer Congreso Médico Nacional presenté con el título de "Consideraciones sobre la lucha en el Uruguay contra el aborto criminal provocado" un ensayo en el que después de estudiar, en la medida de mis capacidades, este palpitante problema común a todas las sociedades civilizadas de nuestros tiempos, llegaba a un grupo de conclusiones que merecieron el apoyo caluroso y unánime de colegas cuya envergadura profesional y ética era el más firme sostén de sus opiniones y la más amplia justificación de las mías.

Diez años han transcurrido desde entonces y es el caso de preguntarnos si a la racha de buena voluntad que parecía inspirar a los sostenedores de mi tesis, si a mi propio entusiasmo ha correspondido un resultado palpable; si las medidas propuestas han tenido un comienzo de ejecución; si la situación entonces ya alarmante se ha modificado; si una vez más un Congreso se ha reunido para no hacer nada; si todos, individual y colectivamente hemos cumplido, médicos, legisladores, sacerdotes, gobernantes nuestro deber de conductores de conciencias y de realizadores de bienestar público y mejoramiento social.

Los cuadros estadísticos son más elocuentes que todos los discursos.

De su estudio se deduce que la proporción de abortos a partos que en mi Servicio clínico era de 2.05 % en 1899, sube a 10.14 % en 1908, a 21.69 % en 1914, para llegar a 44.80 en 1923. El ligero descenso que se anota en 1924 y 1925 responde al funcionamiento del pabellón de Ginecología del Hospital Pereira Rosell en cuyas salas se asisten numerosos abortos que hubieran seguramente engrosado los porcentajes de la Casa de la Maternidad.

Ese cuadro muestra también que si desde 1899 hasta

1925 la cifra anual de partos apenas se ha quintuplicado (x 5.40), los abortos han llegado en 1924 a ser 120 veces que en 1899, (4.480).

Si estos porcentajes no hablan con suficiente claridad echaré al debate una cifra hasta ahora no publicada. En mi Servicio clínico, que corresponde a poco más de la mitad de las enfermas hospitalizadas en la Casa de la Maternidad, se han asistido tres mil cuatrocientos cuarenta y cuatro abortos desde 1917 hasta 1925 ¡Lo que hace suponer para este solo establecimiento seis mil ochocientos a siete mil abortos asistidos y si le agregamos los que pueden haberse asistido en los diferentes Servicios de Cirugía y de Ginecología de los Hospitales y los de los grandes Sanatorios (Italiano, Español, Inglés, Fraternidad) llegaremos fácilmente a 8.500 o 9.000 abortos en nueve años!

Preveo la objeción. ¿Cuántos abortos espontáneos quedan englobados en esta cifra?

Las condiciones de higiene individual y de profilaxia obstétrica han mejorado considerablemente en estos últimos 25 años. La sífilis, enfermedad abortadora por excelencia es más precozmente despistada y mejor tratada. La propaganda antivenérea ha enseñado el riesgo de descuidar la lues. Habría pues motivo para ver disminuir, la proporción de abortos espontáneos y eso es lo que vemos cuando no anda viboreando la sonda Nélaton prestigiosa y desprestigiada. Con gran optimismo llevemos a 5 % la proporción de los abortos espontáneos: siempre tendremos 40 % de provocados!

Pero hay más aún. En los Hospitales no vemos más que los abortos descarrilados por hemorragia o infección. ¡Cuántos, particularmente en la clientela pudiente observamos, para los que "por si acaso" somos llamados y en los que con una discreción profesional, inmerecida por nuestras enfermas, decimos por lo bajo, frente al terceto: mujer, marido, partera, lo que Rigoletto a los cortesanos: Han tutti fatto il colpo!

¿No compensará con creces el disimulado grupo de los abortos clínicamente impunes el modesto 5 % de los espontáneos?

En resumen podemos afirmar que en 9 años hemos perdido por la acción directa de los abortos complicados alrededor de nueve mil vidas.

Esta cifra se magnifica y adquiere contornos pavorosos si colocándonos de un punto de vista excesivamente pesimista calculamos en un tercio los abortos que dan lugar a complicaciones (posiblemente tal vez solo un quinto o un sexto den lugar a ellas). Aceptado aquel porcentaje máximo alcanzaríamos en nueve años a la supresión de 28 a 30 mil vidas solamente para el departamento de Montevideo y tomando el más cercano a la realidad más de cincuenta mil, o sea casi tantas como las poblaciones de Salto y Paysandú reunidas!

En verdad que ni el doctor Pangloss se creería autorizado a pensar que estamos en el mejor de los mundos posibles.

Frente a estos hechos indiscutibles cuantos tenemos un concepto finalista y una patriótica ambición de ver a nuestro país señalando orientaciones sin temores atávicos ni pusilanimidades arcaicas debemos preguntarnos en primer término a que se debe la extraordinaria difusión del aborto criminal.

"En mi informe de 1916 decía: El Malthusianismo, o mejor, el neomalthusianismo tiene profundas raíces en el egoísmo individual."

"No acompaño, seguramente, a los ácratas, que proclaman la "Huelga de vientres" como meta deseada de una sociedad futura, pero menos aún a los sociólogos y moralistas, que al servicio de un ideal de Patria, agresiva y cruel, combaten el neomalthusianismo, pura y sencillamente porque su difusión resta hombres para la insaciable glotonería de una guerra futura."

"Hay dentro del concepto del neomalthusianismo — cuyo nombre asusta más que el hecho en sí — la consagración de un sentimiento que la mayor parte de los hombres se avergüenzan de confesar. Es indudable que apesar de las conquistas sociales adquiridas se arrastra todavía un pesado bagaje de mentiras convencionales, de ampulosas frases hechas, de preconceptos cristalizados que solo un corto número de tipos superiores es capaz de atropellar."

"Un proverbio castellano dice: "Cada hijo que nace trae un pan debajo del brazo" queriendo dar a entender que con la multiplicación de la familia las probabilidades de bienestar crecen. Podía ser esto verdad cuando el pan se cocía en el horno casero; pero, en cambio, hoy sabemos que para un padre consciente de sus deberes, cada hijo que nace es un nuevo, y a las veces, angustioso problema que se yergue en su porvenir. El deber estricto de una lucha cada vez más intensamente dura, hace que muchos hombres piensen, con razón, en la limitación de una procreación, que en vez de hombres libres, lance a la vida futuros ilotas por falta de preparación intelectual, física y moral."

"Pese a los moralistas, la realidad brutal, la que los médicos apreciamos en todo su esplendor bestialmente ancestral, es que muy pocas parejas piensan en el futuro hijo en el momento del amplexo sexual; conscientes de ese abandono que puede facilitar una concepción ni deseada, ni a veces deseable, se explica que hagan su profilaxis. Esta profilaxis tiene muchos puntos susceptibles de tener una argumentación defensiva."

"Es el instinto sexual demasiado poderoso para dominarlo con recetas puritanas o consejos teológicos; hay que tomar al hombre como es y sin desesperar de un perfeccionamiento que muchos siglos serán necesarios para obtener, encarrilar ese instinto, en una forma que sin contrariarlo, evite sus inconvenientes y sus consecuencias involuntarias."

"No es posible olvidar que el más formidable aliado del malthusianismo ha sido la intensa lucha de clases cuyo pálido reflejo apreciamos en nuestro país."

"Con un razonamiento infantilmente simple, los proletarios han creído que bastaría la limitación de la procreación, para resolver el duro problema de la oferta y la demanda de brazos y con esa idea romántica expuesta y desarrollada por los profetas de la religión del porvenir, han entrado, casi diría rabiosamente, en la esfera del neomalthusianismo. Valgan éstas consideraciones forzosamente un poco extensas para explicar porque considero con cierta indulgencia al neomalthusianismo sin que logren modificar mi simpatía—que no es absoluta ni di-

finitiva—ni las homilias pseudo morales, ni las tiradas patrióticas. Entre nosotros no existe un neomalthusianismo doctrinal; salvo una proporción reducida de elementos populares, a los que alcanza la propaganda ácrata, para la enorme mayoría se le practica lisa y llanamente sin preocuparse de su esencia.''

''Hay en nuestro país un mal creciente y común a todas las sociedades civilizadas actuales: el afán de llegar pronto y por todos los medios. Lejos de mí la idea de encontrar errónea la tendencia a la obtención de los mayores goces con el menor esfuerzo; es una tendencia natural y vieja como el mundo. Para una época como la presente, que el miraje de un paraíso extraterrestre se ha esfumado al impulso de la instrucción difundida, resulta difícil contenerla; pero si el impulso es espontáneo y defendible, grave y moral es la forma como se quiere alcanzar ese desiderátum. Todos los medios son buenos y a esa falta de escrúpulos debemos atribuir los ejemplos desmoralizadores que se observen en la política, comercio, profesiones liberales, etc.''

''Frente a ese ''arrivismo'' es indudable que una prole numorosa es como pesada impedimenta para una columna militar volante, y de ahí que sin vacilar hombres y mujeres comulguen en los mismos altares.''

"Pero equivocando la ruta y probablemente más por irreflexión que por inmoralidad, el neomalthusianismo se practica en su forma atentatoria a toda moral y a toda justicia: el aborto provocado.''

''En vez de las prácticas profilácticas preconcepcionales se suprime lisa y llanamente el nuevo ser.''

"Muchas veces he interrogado a los padres del sacrificado y he quedado sorprendido de su inocencia e ignorancia, y ellos no menos de la importancia y de la gravedad del acto que acababan de cometer con toda sangre fría.''

"Hay un concepto corriente de la vitalidad fetal, que tiene sus hondas raíces en preceptos teológicos medioevales, y que explica en parte este desprecio por la vida del embrión.''

"Es una bolsita de sangre, es un pedacito de carne", se oye con frecuencia decir, ignorando que ese trocito de carne si-

ente y sufre, vive, en una palabra, y que su vida es ante la Etica, tan respetable a las 24 horas de concebido, que a término, cuando responde con gritos vigorosos a las primeras palmadas con que se desea activar una hematosis pulmonar adormecida.''

''Esta revelación ha hecho retroceder a más de un individuo ya decidido, y aunque haya sido necesario que en ellos existiera un fondo de honestidad previo, no deja de halagarme la victoria conseguida en algunos casos ''

''A esta ignorancia del valor de la vida embrionaria, hay que agregar los frutos de una propaganda intensiva de la que nos ocuparemos en capítulo aparte, por considerar que es un factor de una importancia capital y de una influencia decisiva.''

''Pero no esto sólo lo que podemos observar en la génesis del pensamiento de las futuras abortadas.''

''La difusión de los conocimientos hace que cada día penetre más en la mentalidad de todas las clases sociales el convencimiento que la Higiene y la Medicina tienden a suprimir todo lo que haga físicamente pesada la existencia. Toda mujer que ha sentido las molestias y los dolores de un embarazo y de un parto, retrocede ante la idea de volver a recorrer el Calvario que injustamente la Naturaleza le señala para el cumplimiento de esa función primordial para la perpetuación de la especie, y si a la mano percibe los medios de evitarlo, grande tiene que ser su entereza, muy sólidos sus principios y robusto su estoicismo frente a los dolores físicos, para sustraerse a la tentación que por lo general se le presenta bajo halagüeñas apariencias.''

''Interrogad a cien abortadas, y noventa y cinco os responderán acusando la mayor ignorancia de las consecuencias funestas que, no ya para su salud moral, sino para su salud física puede tener un aborto provocado, porque, como veremos al tratar de la propaganda, jamás se les dice que hasta la vida puede peligrar.''

''Se ve, pues, cuan complejo es el origen — y, seguramente, se me escapan detalles — del proceso mental que conduce a la provocación del aborto.''

"El terreno, pues, preparado, veamos como se le cultiva para que dé sus lógicos frutos."

"Cualquiera creería que dadas las razones casi siempre inconfesables que inducen al aborto criminal, su realización se obtuviera mediante largas y misteriosas tramitaciones."

"Lejos de eso, este delito parece reducido a la categoría de peché mignon, de aquellos que se confiesan con fingida turbación."

"Desde los corrillos de sirvientes a las tertulias de encumbradas damas, nadie se asombra al oir múltiples proezas de la amiga que a veces, con orgullo de militar que cuenta sus campañas, refiere que está en su cuarta o quinta experiencia terminada con éxito.

"He quedado alguna vez asombrado de la falta de sanción que estos hechos tenían, de parte de personas cuya moralidad creía más sólidamente establecida."

"Los malos, y por desgracia felices ejemplos, cunden, y he aquí una primera y eficaz forma de propaganda."

"Agréguese a eso la descarada e indecente propaganda verbal y por la prensa, hechas por las profesionales del aborto."

La difusión de la prensa en nuestro país, la eficacia reconocida de la publicidad dan a esta forma de propaganda un valor extraordinario.

Es lamentable que en diarios que se distinguen por la autoridad de su propaganda, por la elevación de sus campañas, por la austeridad y el prestigio de sus directores y redactores pueda verse en páginas contiguas un artículo lleno de honda comprensión de las necesidades sociales y avisos como el siguiente:

"Partera. Especialista en partos. Tratamientos y curaciones. Gran comodidad para pensionistas de ciudad y campaña. Precios módicos. Consultas todos los días de 7 a 12 y de 1 a 10 de la noche. Cuenta con enfermeras competentes. Los jueves y domingos gratis para los pobres".

O este otro más cínicamente sujestivo:

"Partera. Especialista en partos y curaciones. Tratamiento con éxito para embarazadas. Se reciben pensionistas

de ciudad y campaña. Cuenta con enfermeras competentes. Consultas: todos los días de 7 a 12 y de 13 a 22. Los sábados consultas gratis para los pobres. Precios médicos''.

O el hipócritamente discreto:

''Partera Dra. Tratamiento científico eficaz en flujos, nefritis, esterilidad, etc. Andes 1492 (Sin chapa)''.

Ignoro los entretelones del periodismo. No sé si entre la faz política y la organización administrativa se eleva un muro tan alto que impide a la Dirección echar de cuando en cuando una ojeada sobre lo que pasa en las páginas que contralorea sin trabas la Administración. Pero entre mis oyentes no dudo que surje la idea de la hermosa actividad que desarrollaría el Círculo de la Prensa si a sus nobles postulados agregase el de no permitir que se desautorizase su elevadísima misión de cultura y perfeccionaminto social y el de pugnar para que las páginas de anuncios no fueran una permamente cátedra de incitación al delito.

¿Qué poco debe costar a las nuevas Celestinas, hacer caer una voluntad ya bamboleante, presentando la intervención como segura e inofensiva?

Sin embargo, no siempre es así. En 1915 murió en mi Clínica, de septicemia por aborto provocado, una mujer que por dos veces retrocedió de la puerta de la abortadora, y recién a la tercera, empujada violentamente por su amante, penetró en la casa de la que había de salir herida de muerte.

Múltiples son los medios de propaganda verbal a que me refiero, y todos conducen al mismo fin: presentar la operación como exenta de todo riesgo.

Hay otro factor importante: la impunidad.

Una primera impunidad es la que resulta del hecho que a pesar del número considerable de abortos provocados, la proporción de casos mortales es relativamente pequeña. Pero lo que no saben las mujeres es que centenares de desgraciadas pagan con años de sufrimientos y operaciones graves y mutilantes la intervención abortiva.

La otra es la impunidad legal.

No se me oculta la dificultad de probar el delito, pero es también cierto que por lo general, las sanciones penales

han sido tan poco frecuentes, que los médicos hemos concluído por convercernos que debe haber motivos extraordinarios para que los Jueces no puedan más a menudo aplicar las expresas sanciones de nuestro Código Penal.

Un caso muy reciente corrobora esta afirmación. Recorto de un diario muy serio y difundido:

« Consecuencias de manipuleos peligrosos »

« Una señora en peligro »

"El Comisario de la ... sección, tuvo conocimiento por intermedio de la Dirección del Hospital Pereira Rosell, de que se asiste en el Pabellón de Ginecología, la señora...., casada, de 24 años de edad, quien estaba gravemente enferma, a consecuencia de un alumbramiento provocado. Interrogada la paciente manifestó que había sido asistida por la partera ..., domiciliada en la calle...

"Detenida la nombrada profesional, negó terminantemente el hecho, por cuyo motivo, el señor Juez de Instrucción..., dispuso la libertad de la acusada.

La enferma quedó en calidad de detenida en aquel establecimiento de la A. Pública. Su estado no reviste gravedad".

Las denuncias se han hecho y se hacen, pero la mayor parte de las veces la profesional continúa su provechosa carrera, como si dicha denuncia hubiera agregado colores más brillantes a su affiche para hacerlo más visible.

Contrasta con esto la diligencia con que la justicia pone en movimiento los resortes de la pesquisa policial para arrancar de sus seguros escondites a rateros u homicidas ocasionales.

Vibran los micrófonos y los trasmisores, escúrrense por todas partes los golillas y sabuesos de "Investigaciones" y gozosos y triunfantes vuelven con su presa a las oficinas, en donde con "eficaces argumentos de fina psicología" confiesan su delito tipos talvez más desgraciados que culpables.

Pero caiga una abortadora en la misma trampa y ese hábil y tesonero puntal del orden social se declara: forfait!

Nada sabe, nada puede saber, hace a los médicos preguntas incongruentes que por su forma y su fondo merecerían figurar en el cuestionario de los defensores, nos molestan con citaciones múltiples y enojosas esperas a horas incompatibles con nuestras tareas profesionales y como son más de creerse las apasionadas negativas de las presuntas criminales, que las confesiones de una agonizante o las pruebas materiales que aportamos, ya sean estas úteros perforados o laminarias talladas a manera de punzón, después de pocos días de deferente "retiro espiritual" vuelven las abortadoras a sus consultorios y hasta me imagino que pidiendo disculpas a su numerosa clientela por la involuntaria demora!

A la Alta Corte de Justicia en la que figuran hombres que deberían poner por encima del frío articulado de la ley escrita, el exacto sentimiento de su responsabilidad social, pido nos diga donde está la falta: si en las leyes o en la manera de aplicarlas.

Si es en las primeras suya debe ser la iniciativa de ampliarlas y corregirlas, sugiriendo a quienes por mandato constitucional compete la elaboración legislativa los postulados de una legislación eficaz.

Si la ley es suficiente pero se aplica mal, medios tiene tan encumbrada corporación para imponer orientaciones, para que sino con mayor severidad, por lo menos con igual eficacia, se castigue al pobre paisano que envenenado por una mala caña ensangrienta su daga y a la artera comadrona que en el silencio de su siniestro consultorio, cobardemente siega una vida y pone en peligro otra.

Si creyéramos en la existencia del Limbo no dudo que de sus profundidades surgiría análogo grito al que por boca de Nichols en 1751 se elevó al Colegio Real de Médicos en Londres con el título de "Petición de los nonatos" y en el que estos pedían se les libertase de los malos tratos que tenían que soportar en el vientre materno por los interventores armados de pinzas, ganchos y otros instrumentos bárbaros.

Como auxiliar de estos factores de propaganda está la difusión de sus ventajas entre profesionales que por la naturaleza de sus estudios y por la misión social que desem-

peñan debieran, por lo contrario, oponerse a la extensión del aborto criminal.

Pero el factor económico se introduce aquí como una cuña entre la conciencia y las necesidades de la vida.

Pocas son las profesionales que tienen una escogida clientela que les permita vivir con desahogo y al abrigo de tentaciones peligrosas.

Para las más, el ejercicio profesional es duro, y mal retribuído. Los partos, en los conventillos, son con mucha frecuencia poco, tarde, y a veces nunca pagos.

En cambio, la más infeliz plebeya paga, y, por adelantado, ocho, diez veces más por una provocación de aborto de lo que pagaría por un parto.

Estas profesionales están en la situación de nuestros guardias aduaneros de frontera, que frente a un contrabando que pasa la línea, tienen que optar entre un puñado de libras esterlinas o una bala en la cabeza.

Añádase a esto el origen habitual de la inmensa mayoría de las profesionales obstétricas; pertenecen a las capas más modestas, a aquellas en que la pobreza no da tiempo a forjar caracteres, ni a cultivar sólidos principios de Etica.

Es preciso haber recorrido durante años las viviendas pobres, como lo he hecho yo, para admirarse de que todavía subsistan vestigios de moralidad en esa pobre gente que vive hacinada, en una promiscuidad moral mil veces peor que la física.

Claro está que con esto no justifico aquellas graves infracciones, pero sí explico por qué los preceptos del neomalthusianismo criminal encuentran campo abonado para arraigarse.

No es esta una situación sin salida. Así como ha surgido la feliz iniciativa — cuya falta de sanción mal se explica — de los médicos seccionales, urge la creación de puestos de parteras en iguales condiciones.

La seguridad del pan cotidiano, la consideración y el afecto que cosecharán a poco que se palpe la saludable actuación técnica de estas modestas colaboradoras de los médicos, serán nuevos alicientes para apartarlas de la senda del

delito a que las conducen una deplorable ausencia de formación ética y las angustias de un presente famélico y de un porvenir incierto.

Uno de los más serios obstáculos a la represión del aborto criminal estriba en el Secreto Médico.

En mi informe de 1916 traté extensamente esta cuestión.

No en vano han transcurrido diez años. No dudo que una más exacta comprensión del papel que desempeña el médico en la Sociedad moderna tiene que haber modificado muchas honestas convicciones.

En una frase sintetizaré mi sentir actual: el médico no tiene el derecho de mantener un secreto perjudicial al interés colectivo.

Lo que se ha hecho para la peste, el cólera y la totalidad de las enfermedades infecto - contagiosas debe extenderse a las prácticas criminales del aborto, como en plazo próximo tendrá que hacerse con las manifestaciones infectantes de las enfermedades venéreas.

Si se admite como lógico el examen previo al matrimonio, como medida profiláctica de largo alcance social, ¿cómo puede escapar a esa profilaxis un mal grave, que mina física y moralmente a nuestro pueblo, alardeando para ello del estricto cumplimiento de una prescripción que crea para el médico fueros excepcionales y contrarios al interés general?

Para no proceder a saltos empecemos por hacer obligatoria la declaración de los casos evidentes y aún de los simplemente sospechosos. Buenos y eficaces medios tiene la justicia para acumular y determinar responsabilidades.

Pero si este concepto erróneo no merece censura no pasa lo mismo con la indiferencia de los médicos.

Si el público en general considera el aborto criminal con ligereza e inconsciencia no son pocos los médicos que sin esperar de su práctica beneficios inconfesables no dan al acto toda su trascendencia ética y social.

Profesionales en el más limitado concepto de la palabra no han elevado jamás su pensamiento más allá de la tarea cotidiana y — para cuántos — inicuamente absorbente. La caza del pan diario explica que su mentalidad se estreche.

Otros, los menos, sincera o afectadamente avancistas sientan el principio del derecho absoluto de la madre sobre el hijo, o lo que es más grave del derecho al goce sin responsabilidades. Neomalthusianos sin espíritu crítico creen vivir en un mundo futuro olvidando que Marcial y otros cien satíricos romanos fustigaban ya en su tiempo ese característico estigma de decadencia de las sociedades.

Sin contar aquellos que exagerando una indicación terapéutica dudosa justifican en un ambiente familiar propicio e interesado una intervención inoportuna.

Nuestra conciencia profesional colectiva debe conmoverse ante los hechos que presenciamos.

Si no la manotada brutal de la Ley, entre cuyas mallas escaparán las verdaderas culpables, procede una sanción personal serena y severa a la vez, a la que no pueden ser insensibles nuestros clientes si ellos son, como deben ser, nuestros amigos y si somos para ellos los consejeros escuchados, los confesores laicos, los depositarios de sus más íntimas miserias físicas y morales.

Es esta una faz de la lucha que creo de gran eficacia pero a la que contraría la desvinculación creciente del cliente hacia el médico, la novelería que induce al cambio, la excesiva especialización que hace del enfermo el sujeto de estudio de varios médicos, sin lazo de unión que centralice lo que tal vez no son sino modalidades poliorgánicas de una causa única.

Este era el rol y debiera ser aún el del médico de familia, paternal y bondadoso, fiel y constante observador del grupo consanguíneo, conocedor perspicaz de las predisposiciones y reacciones de sus clientes, confidente de todas sus dudas.

Desgraciadamente la evolución de nuestro medio social va haciendo desaparecer ese tipo profesional tan útil e interesante.

¡Cuántos enfermos en los Hospitales y en las Sociedades de Socorros mutuos igonran el nombre, y no se preocupan de averiguarlo, de quien les ha asistido a veces durante varios meses!

Con cuánta facilidad en las esferas sociales más cultas

desfilamos, unos tras otros, médicos generales y especialistas traídos y llevados por la marejada del snobismo, de la frivolidad, de la inconsciencia... cuando no de la falta de pago de los honorarios!

Crean estos hechos un desapego del médico hacia los clientes, una indiferencia, una frialdad de relaciones poco propicia a sus más hondos intereses.

Pero aún así frente al hecho delictuoso debe erguirse el médico con toda la autoridad que le dan su saber y su hombría de bien para prevenir el aborto o por lo menos su reincidencia.

Nuestro Código Penal en sus artículos 341 a 344, establece severas sanciones a las personas que practican o dejan que en ellas se provoque el aborto. En estos artículos no hay más restricciones que (lo mismo que las que establece el artículo 345) la defensa del honor o las indicaciones de orden médico.

No voy a abordar este grave problema de Etica.

En ocasión de las violaciones cometidas por los soldados alemanes en Bélgica y Francia, se ha agitado el problema y resuelto por la mayoría de los médicos en el sentido de respetar la vida del nuevo ser.

Pero es evidente que mientras la sociedad rinda culto a ciertos principios tan antiguos como crueles, que colocan a la mujer seducida al margen de ella, la legislación deberá tener en cuenta estas circunstancias para atenuar el hecho que, como dicen ciertos penalistas, es "de legítima defensa".

Salvo estos hechos, que tienen que ser tratados como verdaderas excepciones, los demás deben caer bajo una sanción penal.

Nuestro Código es severo: para la mujer 9 a 18 meses de prisión, para el ajente de provocación un mínimum de dos años de penitenciaría, con agravación de pena en caso de tratarse del marido, de médicos, farmacéuticos, parteras, falta de consentimiento o muerte de la mujer.

Con pocas diferencias estas penas son las establecidas en todas las naciones civilizadas, y a pesar de ellas, las cárceles están vacías y las casas de abortadoras llenas.

Probablemente es en este exceso de severidad que radica una de las causas de su ineficacia.

He visto más de una vez mujeres que sabían que se morían por haberse hecho abortar, y que, aún así, se negaban a declarar el nombre de quien las había infectado. Es que cuando se trata de casos graves, tiene buen cuidado el ajente abortador de hacer saber que si cae en la trampa, la víctima caerá también.

A mi juicio, y aunque parezca paradojal, creo que debe en primer término eximirse de pena a la víctima. Hemos visto, y, seguramente, no los hemos enumerado todos, los factores individuales y de ambiente, que facilitan la caída hacia el aborto. Si las predispuestas no encontraran personas aptas para ello, y que tienen todo interés en propiciar la caída, es indudable que estas serían menos frecuentes. No dudo que al través de esta gruesa malla pasarán casos muy poco recomendables, pero la exención — por lo menos transitoria — de pena, facilitará las investigaciones para la persecución de las abortadoras.

Como corolario de ésto, opino que debe agravarse la pena para los autores e instigadores de aborto.

Y a ese respecto opino que una innovación que ya ha sido propuesta facilitaría la represión.

Consiste ella en dividir los casos — cuando en ellos hayan intervenido profesionales — en dos grupos, según que se hayan o no producido lesiones o enfermedades graves o la muerte.

En este último caso la justicia criminal seguiría su curso.

En caso negativo, el Consejo Nacional de Higiene, en uso de sus atribuciones de tribunal disciplinario, tomaría la participación que le corresponde, imponiendo las penas que la ley le otorga imponer, o las que una legislación previsora le agregue y que esta Corporación sugiera al Cuerpo Legislativo para que sus funciones disciplinarias no sean como hasta ahora un mero atributo decorativo, una arma herrumbrosa con la que se apunta pero jamás se dispara.

Como estos casos serían los menos graves, pero los más numerosos, no hay que dudar que la multiplicación de sanciones contribuiría a moderar la difusión del aborto.

Bien entendido que para que estas sanciones puedan llevarse a la práctica, es menester la colaboración de los médicos con las modificaciones al secreto profesional ya indicadas en capítulo aparte.

Mucho nos extenderíamos si quisiéramos exponer con detenimiento los fundamentos filosóficos, morales y jurídicos de estas modificaciones, pero no dudo que el perfecto conocimiento de nuestro medio por parte de los miembros de la Magistratura, del Cuerpo Legislativo y de las autoridades de la Higiene pública, facilitará su comprensión y adopción.

Entre las medidas, hay una que se impone urgentemente: la modificación de la ordenanza sobre el ejercicio profesional de las Parteras.

Es menester colocarla al nivel del estado actual, con las restricciones que la práctica ha demostrado indispensables.

En primer término, debe reglamentarse más severamente la admisión de las llamadas "pensionistas". Cuando no se trata de discreciones pagas tan caramente como irrisoriamente mantenidas, es a menudo con el objeto de provocar el aborto.

Debe prohibirse en absoluto la admisión de pensionistas con menos de ocho meses de embarazo, salvo opinión motivada y por escrito del médico asistente e imponer severas penas disciplinarias cuando se constate la infracción. (1)

Debe prohibirse en absoluto a los médicos encargar a las parteras de practicar intervenciones de ginecología médica que sólo sirven a éstas para encubrir la propaganda abortiva.

Debe perseguirse de oficio el ejercicio ilegal de la Obstetricia, adoptando procedimientos sumarios que no alejen la sanción del hecho delictuoso, debilitando su eficacia.

No debe creerse con esto que propongo una campaña agresiva contra las parteras; en capítulo aparte indicaré otras medidas tendientes a elevar dicha profesión, que aunque resabio de prejuicios religioso-sexuales, está llamada a persistir mucho tiempo todavía.

---

(1) Se argumentará que está así dispuesto en la nueva ordenanza. A su lectura me remito para convencer a cualquiera del platonismo de sus disposiciones.

Pero ni las leyes ni las ordenanzas bastan; la campaña es más larga y difícil.

A las medidas de orden legal hay que agregar otras de orden social.

En otro capítulo hemos visto que por la naturaleza de sus estudios, por su penetración en el ambiente familiar, por su sexo mismo, y más que todo, por las graves preocupaciones económicas derivadas de la forma como ejercen su profesión, algunas parteras, estaban casi fatalmente destinadas para pasar a la categoría de abortadoras.

Hay, pues, necesidad de suprimir la mayor parte de los motivos que puedan impulsarlas al delito.

La Facultad de Medicina y en ella la Escuela de Parteras, está llamada a ser el filtro primario.

Un programa de admisión severo, no solamente del punto de vista científico sino del moral, una supervisión constante durante la carrera, una severidad justa exonerará un gran número de candidatas casi analfabetas que entran a la profesión sin más estímulos que escapar a la obsesión de la cocina o de la pileta.

¿Qué puede pretenderse de estos elementos de desecho? Científicamente serán nulas y moralmente peligrosas.

Esta selección traerá consigo un menor hacinamiento profesional y como consecuencia un mejoramiento en su ejercicio. Mucho pueden hacer también los colegas de los departamentos, en este sentido. Por su propaganda e influencia pueden facilitar el establecimiento de parteras en sus radios de acción, imponiéndose a la rutina y a la costumbre.

Numerosos son los casos que conozco de excelentes parteras que han sido "corridas" en pocos meses de capitales departamentales por las comadronas del lugar, generalmente chinas o negras, ignorantes y sucias, pero que contaban con el apoyo de las familias y la tolerancia de los médicos. A mejorar su situación profesional contribuirán también las medidas que tiendan a oficializar la profesión, incorporándolas a la Asistencia Pública Nacional con funciones técnicas.

Si se tiene en cuenta que la inmensa mayoría ejerce en el medio indigente o casi, nada más natural que regularizar esta situación, pagando la Asistencia P. Nacional, la asisten-

cia prestada a menesterosas como se hace en Montevideo, en el Servicio de Protección Maternal, con doble beneficio, pues se garantiza a las mujeres pobres una correcta asistencia técnica y no se hace trabajar mal y en pura pérdida a las parteras pobres.

Cuando las parteras se sientan defendidas y sostenidas, y por otro lado amenazadas de penas graves para el caso de infracciones tendrán que seguir la ruta de menor resistencia o menor peligro, cabalmente lo contrario de lo que pasa hoy día, que la vía tortuosa es más fácil y mejor remunerada

Urge que las parteras se organicen corporativamente sobre la base de principios análogos a los del Sindicato Médico.

Unidas gremialmente podrán con más eficacia hacer oir sus reivindicaciones justas para las que seguramente no les faltarán nuestro apoyo y nuestros consejos.

Constituídas en núcleo sindical en el que se hagan efectivas sanciones a las infracciones deontológicas, la más elemental lógica hace prever una moralización progresiva.

El buen ejemplo de las profesionales honestas y el propio interés de escapar a penalidades infamantes, el mejoramiento de su situación profesional eliminará a los malos elementos que puestos al margen se convencerán que es más conveniente seguir por el buen camino que pasar unos meses a la sombra de las crujías carcelarias.

Mucha mayor importancia tienen las medidas de orden social.

Prima sobre todo una buena educación sexual. No soy de los que creen que sea función escolar; familiar, íntimamente familiar debe ser, y esto exige condiciones no comunes, pero cada vez más frecuentes en las madres actuales.

Una orientación racional y científica de la Moral sexual en ambos sexos, podrá más contra muchos prejuicios, será un factor de perfeccionamiento individual y colectivo mejor que las legislaciones más draconianas.

Síguele en importancia la acción persistente y moralizadora del médico entre su clientela.

Este deberá insistir frecuentemente en los peligros cercanos y remotos del aborto, en sus consecuencias letales para

el individuo y para la familia, en la inmoralidad que representa.

Hará penetrar en toda ocasión la noción verdadera que la vida existe desde el primer instante de la concepción, haciendo un llamado a los tiernos sentimientos que, obnubilados pero no anulados, existen aún en nuestras compatriotas. Hará sentir la enormidad del delito de privar de la vida y por causas fútiles a un ser que siente y ha adquirido ya derechos a la existencia.

En las familias católicas será de gran peso hacer saber que existen reiteradas disposiciones dictadas por los últimos pontífices prohibiendo terminantemente la interrupción del embarazo, aún (lo que nos parece exagerado) cuando exista riesgo de muerte para la madre.

Nadie que conozca el ascendiente que el médico honesto adquiere sobre sus clientes, cuando a sus conocimientos científicos agrega cualidades de hombre de mundo y de consejo, dudará de la importancia que su propaganda tranquila y razonada ejercerá contra la difusión del aborto provocado.

Pero indudablemente tendrá que luchar con fe de convencido usando de su más ceñida dialéctica y utilizando para ella de los más lamentables ejemplos que haya podido observar en su práctica.

Junto a esta propaganda deben difundirse también los principios y las disposiciones legales sobre responsabilidad del amante y derechos correlativos de la mujer seducida. Si hay una conquista justa en nuestra época, es la ley de investigación de la paternidad; a medida que se conozcan y se extiendan estas nociones y que ellas comiencen a dar visibles frutos, más de un seductor consuetudinario verá aminorarse sus bríos.

Tocamos aquí uno de los puntos más interesantes y de más difícil resolución inmediata

¿Quién podrá discutir que el ansia de desembarazarse del fruto de un amor no consagrado por la ley, sea un resultado de la situación deprimente y cruel que la sociedad impone a la madre soltera?

He perdido la cuenta de las jóvenes que se presentan a mi servicio de la Casa de la Maternidad, sin trabajo ni hogar,

porque sus amas, apenas conocido el embarazo, muy a menudo obra del hijo de la casa, las expulsan sin misericordia y porque en la inmensa mayoría de los casos se consideraría un ejemplo pernicioso para las niñas.

Parecerán duras mis afirmaciones, pero creo que los médicos tenemos el deber de decir la verdad sin velos, cuando ella puede servir la causa de la justicia.

Mientras llegue el momento de ver roto el prejuicio y sin llegar a la exageración de dejar sin sanción la violación de los principios constitutivos de la familia actual, tiene el Estado el deber de amparar la situación de la madre soltera.

No se me oculta que la organización histórica de la familia está en vía de renovación, que fórmulas nuevas e imposibles de precisar reglamentarán la procreación legal de la especie con todas sus consecuencias jurídicas, pero hasta que ese momento llegue, debemos guardar si no un respeto supersticioso al régimen actual, por lo menos la consideración que merece una institución que contribuye al mantenimiento del orden social.

Con estas pequeñas restricciones, todas las obras de defensa de la madre abandonada serán otros tantos aliados en la lucha contra el aborto provocado.

Casas de Maternidad, refugios, obradores, asociaciones de protección moral, defensa jurídica, cantinas maternales, admisión secreta a los servicios clínicos, primas de lactancia y crianza, limitación del trabajo femenino y mejor retribución, en una palabra, todo lo que sustituya al amparo espontáneo que desaparece con el abandono, debe ponerse en práctica de inmediato.

Al estudiar las causas probables de la difusión del aborto provocado, señalamos las dificultades que en los hogares pobres o medianos representaba la multiplicación de la prole.

Contra este obstáculo real deberán oponerse medidas legales que distribuyan mejor las cargas sociales. Por una parte medidas de protección, limitación del trabajo, fijación de salarios mínimos, formación de sociedades de cooperación y mutualidad, liberación o por lo menos disminución proporcional de impuestos a las familias numerosas, no son sino

una parte pequeña, pero inmediatamente realizable, de esta lucha de defensa social.

En el polo opuesto, en aquellas clases sociales en que la limitación de la procreación se lleva a la práctica como medida de evitar desmenuzamientos de las fortunas, se debe ser más radical.

Contribuciones gradualmente progresivas a las sucesiones, gravando fuertemente las porciones desmedidas, medidas de restitución en una palabra, tenderán a abrir brecha en una organización injusta, fuente de males incalculables y justificadas rebeliones.

Todo lo que llevamos dicho es inmediatamente factible y no debe perderse tiempo en llevarlo a la práctica.

Quedan ahora los casos en los que ni la propaganda ni las leyes han podido ser efectivas y aquellos a los que tengamos que buscar una solución porque no nos den asidero, — como pasa ahora, — las disposiciones jurídicas y las medidas sociales.

Es para entonces que el médico, acorralado en su último reducto, debe transigir con el mal inevitable.

Cuando las razones que los cónyuges presenten, cuando un médico no encuentre en todo lo que hemos expuesto argumentos que satisfagan su conciencia y convenzan a los dispuestos a delinquir, entonces, como transacción, podrá aconsejar las prácticas anti-concepcionales.

Esta afirmación no dudo que provocará en algunos colegas una cierta reacción.

Muy lejos me llevaría la argumentación; prefiero sintetizar en breves frases mi modo de pensar.

El apetito sexual no es ni moral ni inmoral; es un hecho fisiológico como el hambre y la sed, aunque con un alcance final mucho más importante, porque si estos tienden a la conservación del individuo, aquel asegura la perpetuidad de la especie.

Pretender reprimir el deseo sexual con fórmulas higiénicas o religiosas es querer vendarse los ojos y negar la mentalidad de las generaciones actuales.

Frente al concepto que el hombre moderno, obligado por

la constitución social, tiene de las cargas que representa la procreación ilimitada, el médico como el moralista no tienen sino dos vías para seguir, malas ambas indudablemente, pero que una de ellas no representa una transgresión grave de principios de moral individual ni colectiva; el neo-malthusianismo.

La otra inevitable, como inevitable e incontrastable es el apetito sexual, es la frecuentación de las prostitutas, el adulterio en su forma más antipática, con sus graves peligròs físicos, su deletérea influencia sobre las costumbres, su acción disolvente sobre el carácter del hombre.

Tironeado entre su instinto sexual y su temor de provocar una nueva concepción ¿hacia dónde se inclinará el hombre, hacia dónde le inclinaremos cuando acuda en busca del consejo desinteresado?

Plantear la cuestión es resolverla, a mi juicio.

Los enormes peligros de las relaciones sexuales extraconyugales, los dolorosos ejemplos que cada médico ha podido conocer en el ejercicio de su profesión, deben llevar el platillo de la balanza hacia la mejor solución.

Ella concilia la obediencia a una ley natural con las restricciones que una constitución viciosa del organismo social impone al hombre consciente de sus deberes.

Ciertamente he rebasado los límites de la tolerancia de mi auditorio; pero era necesario que en esta ya respetada tribuna del Sindicato Médico una voz trajera a la luz del día, y tal vez con cierta violencia explicable, los desastres observados, una serie de hechos graves que se afectan ignorar o se comentan con excesiva ligereza y culpable imprevisión.

Es menester decir bien alto que todos hemos fallado en el cumplimiento de nuestra misión.

Los médicos, y en particular los que dirigimos Servicios Clínicos en los que vemos los estragos del aborto criminal nos hemos desalentado pronto frente al transitorio fracaso de nuestra acción.

Magistrados, dueños de la aplicación de medidas represivas eficaces, han tratado con lenidad excesiva y sin convicción alguna, casos en los que las pruebas materiales se han

mostrado evidentes y en los que los defensores con hábiles argucias han roto las mallas de la red en la que habían caído delincuentes de larga y fructífera carrera, perdiendo de vista la acción preventiva de las sanciones severas y olvidando que siempre es verdad que la letra mata y el espíritu vivifica.

Las autoridades directivas de la Higiene pública se han encastillado en su impotencia legal afectando ignorar que en sus manos estaba reclamar de los Poderes Públicos una ampliación de atribuciones que no se les hubiera negado a poco que hubieran querido exteriorizar los hechos en que fundaban su pedido. Más aun, han retrocedido ante la aplicación de sus facultades disciplinarias con ordenanzas inocuas y llenas de vías de escape.

La Prensa se ha desinteresado, ya sea escudándose en la pretendida inmoralidad de tratar en sus columnas la cuestión del aborto provocado ya sea no oponiéndose a que la publicidad fuera el vehículo eficaz de la difusión del delito.

Gobernantes y legisladores han dejado que dormiten en en las carpetas proyectos de mejoramiento social susceptibles de aminorar los pretextos para violar imperiosas leyes éticas, biológicas y sociales.

Todos hemos faltado a nuestro deber y porque en este auditorio cuento con elementos que pertenecen a todos esos grupos dirigentes y responsables del porvenir de la Patria es que les exhorto a meditar en las verdades que les he expuesto.

Las 30.000 vidas segadas frívolamente, en nueve años y en un solo departamento; los millares que en el resto de la República se han sacrificado a vanas concupiscencias exigen encarar gravemente y sin tardanzas una situación a todas luces alarmante.

Es en la cohesión de esfuerzos que estriba la represión y la prevención de los estragos del aborto criminal.

No dudo que la descarnada exposición de hechos que he presentado a ustedes y las ideas que les he expuesto perturbarán el plácido quietismo de algunos colegas y de algunos oyentes. No me arrepentiré de ello.

La Medicina moderna en la Terapéutica de los estados infecciosos emplea desde hace algún tiempo lo que se ha llamado "Medicación de choque".

Con ella sacudimos el edificio humoral del organismo en forma de obligar a este a echar mano de sus más supremos recursos para vencer a la infección. Entran en ese momento en juego fuerzas desconocidas en su esencia pero eficaces en su acción.

Pero esa reacción se acompaña a las veces de fenómenos de la mayor gravedad. El organismo en un desesperado esfuerzo hace tambalear un equilibrio molecular que, suficiente para las necesidades corrientes, no lo es para defenderse de los enemigos exteriores. Dormita, y su sueño sería letal si un brusco empellón no le llamara a la realidad.

Esa es nuestra situación en el momento actual; es menester provocar una acción enérgica, contundente.

Si mi exposición tuviera la virtud de esas medicaciones heroicas, si ella fuera la partícula coloidal capaz de movilizar actividades adormecidas y provocar reacciones salvadoras habría colmado con creces mi patriótico anhelo, realizando a la vez una de las más importantes finalidades sociales del Sindicato Médico del Uruguay.

APÉNDICE

A manera de epílogo

Transcribo las conclusiones de mi informe al 1.er Congreso Médico Nacional de 1916 y los comentarios que fluyen lógicamente de su comparación con los hechos apuntados en la Conferencia.

I. — *"El problema del aborto criminal provocado existe en el Uruguay y su importancia se acrecienta progresivamente en proporciones alarmantes".*

El más somero examen de la exposición y de los cuadros gráficos demuestra que la situación se ha agravado considerablemente desde 1916.

II. — *"Sus causas probables son múltiples, predominando una organización social defectuosa y una desviación moral colectiva e individual que debe corregirse por ser un factor de disolución social".*

Desde 1916 contadas y tímidas son las medidas realizadas y la propaganda contra estos hechos.

III. — *"La propaganda del aborto criminal es intensa y ejercida con toda impunidad".*

Hay algo podrido en el reino de Dinamarca. (Hamlet)

IV. — *"El secreto médico absoluto es un obstáculo a la represión".*

V. — *"El principio del secreto médico debe evolucionar simultáneamente con la ética contemporánea y con las funciones sociales".*

Hay aún médicos que se encierran en su torre, que a las veces es de material menos noble y más deleznable que el marfil.

VI. — *"La legislación vigente es inofensiva por su misma severidad".*

En otros países menos "avanzados" que el nuestro en materia de legislación, rigen preceptos que cierran las mallas por donde hasta ahora han escapado los industriales del aborto. En nuestro país ni siquiera se ha intentado abordar el problema. Los ases de nuestra jurisprudencia viven en un plano demasiado superior a estas miserias humanas!

VII. — *"Debe establecerse transitoriamente la exención de pena para la abortada y la agravación para los actores e instigadores del aborto".*

Y agregaré no debe hacerse participar de la condonación de la primera condena a este último grupo, pues la condena — excepcional — recae siempre en activas reincidentes que sólo por descuido meten la pata en la trampa.

VIII. — *"Conviene separar los casos que provocan consecuencias graves o la muerte, de los casos simples. Para los pri-*

meros corresponde la acción criminal; para los segundos la "correcccionalización de la pena, rigiendo para las y los profesionales disposicciones que dicte el Consejo Nacional de Higiene de acuerdo con las necesidades actuales".

En esta materia esta Corporación ha sido hasta la fecha el castillo de la "Bella Durmiente" del cuento de Perrault.

IX. — "*Con más eficacia que las medidas legales de orden penal debe emprenderse una campaña de sólida educación sexual, en la que el médico debe ser el factor principal*".

Hasta ahora el concepto y la palabra parecen haber sido considerados como obcenos por las clases "bien pensantes" y por sus representativos órganos de la Prensa Nacional. No olvidarse que el pañuelo perfumado aplicado a la nariz no impide mancharse los zapatos en el estercolero que se pisa.

X. — "*La protección de la madre abandonada debe ser implantada en su extensión más amplia*".

Tímidos han sido los ensayos e indirectos en su acción. No olvidemos que por nuestra legislación el padre que abandonó a la madre grávida y al hijo recién nacido tiene derecho a quitárselo a aquella a la edad de cinco años!

Todavía hay estancieros que tienen "harem" y patronas que despiden a sus sirvientas cuando saben que llevan un hijo en sus entrañas y aunque este sea... su nieto!

XI. — "*Deben dictarse medidas de defensa social del hogar pobre y de reglamentación severa, de la distribución hereditaria de la riqueza*".

Traslado al Cuerpo Legislativo en cuyas carpetas reposan en profundo coma, iniciativas generosas, de aplicación inmediata posible y de trascendencia social y distributiva justicia! Traslado también a los electores para que lleven a los escaños del Gran Palacio, representantes que encarnen los postulados del mundo moderno y no transformen el bello edificio en el gran sepulcro blanqueado" de la Biblia.

XII. — "*Es necesario levantar el nivel moral y profesio-*

nal de las parteras, mejorando su situación social como medio de alejarlas de prácticas delictuosas".

Nada ha hecho el Estado, que sin embargo les exige patente. Es menester que ellas corporativamente exijan lo que aisladamente no han podido conseguir. La sindicalización es un medio de dignificación y mejoramiento moral y económico.

XIII. — *"Por excepción, podrá el médico luchar contra la tendencia abortiva aconsejando prácticas anticoncepcionales".*

XIV. — *"La lucha comprende un conjunto de medios que deben emplearse enérgica y simultáneamente".* (1)

Y agregaré: con la voluntad de hacerlos efectivos.

XV. — *"El primer Congreso Médico Nacional declara que el problema del aborto criminal provocado constituye un peligro social grave y llama seriamente la atención de los poderes constituídos de la República sobre los medios necesarios para su represión".*

---

(1) Apesar de la buena voluntad de la Alta Corte de Justicia demostrada en su rápida resolución autorizando a recabar datos de los Jueces, solo hemos recibido los datos correspondientes al Juzgado del Crímen de 2.º turno, que transcribimos: 1917 – X procesada por haber provocado un aborto y la muerte de M. C.

Sobreseída la causa en razón de no existir más prueba que la declaración de la victima. La procesada negó el hecho!!. La denuncia fué hecha por el esposo de la víctima.

1918.—X partera.—Acusada del aborto y muerte de F. C. de B. denunciada por la Casa de la Maternidad. Condenada a 15 meses de prisión con suspensión de la ejecución de la pena!

1918.—X partera.—Acusada del aborto de M. H. de G.—Ambas condenadas a 15 meses de prisión. Decretada la suspensión de la pena para la víctima. Denuncia hecha por la Casa de la Maternidad.

1921.—E. S.—Acusada del aborto de V. E. de C., con el consentimiento del marido. La víctima y el esposo no fueron acusados por que el parto entrañaba un peligro para la salud de la paciente, (¿en opinión de quién?) Condenada la autora a $ 100 de multa y sobreseída la causa por la Alta Corte de Justicia.

1923.—V. médico.—Acusado de aborto provocado. Sobreseída la causa.

1924.—X.—Acusada de aborto provocado. El Ministerio Público pidió siete meses de prisión. La Alta Corte sobreseyó la cansa.

1925.—X.—Acusado de aborto y homicidio. Denuncia por la Casa de la Maternidad. Condenado en primera instancia a 2 años de prisión.

1925.—Otros cuatro casos de acusación de aborto, aún no resueltos..... y estamos casi a mitad de 1926!

Esto pasaba en 1916.

Balance de 10 años.

1.° 40 a 50.000 vidas sacrificadas frívolamente; mucho más que las más mortíferas epidemias que han asolado el País.

2.° Consenso tácito e hipócrita para afectar la ignorancia sobre un cáncer que roe nuestra nacionalidad.

3.° Inercia absoluta de los Cuerpos colegiados e Instituciones constitucional y legalmente obligados a velar por el bienestar y el engrandecimiento del País.

Sería interesante vivir hasta 1936, para ver si otros Cyranos llegan a las mismas conclusiones, lógicamente establecidas sobre hechos "corregidos y aumentados" como en toda nueva edición que se respeta.

Más digno sería, que desde ahora dijéramos todos como en Sandoz de Zola: "Vamos a trabajar". (1)

---

(1) Celebramos en 1930 el Centenario de nuestra Nacionalidad con el lamentable espectáculo de reafirmar nuestras conclusiones de 1916 y sus comentarios de 1926.

La maternidad consciente [1]

Procreación voluntaria en la mujer

Las páginas que voy a leer no son una improvisación. Hace algunos días un colega y amigo me recordaba que en 1908, en mis cursos de la Facultad de Medicina ya esbozaba algunas de las ideas que voy a desarrollar esta noche; y se explica que sea así. Siempre he creído que el médico digno de ese nombre no puede ser un espectador indiferente de la Patología social; que debe tomar parte activa, no solamente en la observación sino, en lo posible, en la Terapéutica de los fenómenos de esa Patología.

Circunstancias muy comunes para todos los médicos que no tuvimos la suerte de nacer ricos, me llevaron durante muchos años a ser médico de conventillo y es allí, en contacto con el dolor humilde, con el dolor silencioso, que no por eso es menos trágico, que aprendí que, al lado de ciertas concepciones éticas muy respetables, muy dignas, muy sostenidas por quienes no tienen dificultades en la vida, había una serie de cuestiones que se presentaban con caracteres angustiosos y que no podían resolverse ni con consejos ni con buenas palabras. Aprendí, en contacto con esa miseria baja, a ver poco a poco desarrollarse hasta tomar proporciones pavorosas, el problema del aborto provocado y al decir ''proporciones pavorosas'' no exajero, porque en el momento actual estoy seguramente por debajo de la verdad asegurando a ustedes que más del 40 o|o de nuestra natalidad se malogra en forma de aborto provocado. Para fundar una opinión que puede parecer a ustedes exajerada, como que proviene de alguien que siempre ha luchado en contra del aborto provocado, me basta decirles que en nuestro servicio de la Casa de la Maternidad, de una proporción de menos del 2 o|o hace treinta

(1) Conferencia en el Sindicato Médico del Uruguay 1929.

años, ha llegado al 40 a 45 o|o sobre los partos observados. Y téngase en cuenta que los abortos que vemos hoy en la Casa de la Maternidad son los abortos que se descarrilan, los abortos cuya marcha se perturba por una hemorragia o por una infección. Los otros, los abortos impunes que son cada vez más numerosos, precisamente porque cada vez se hacen con más habilidad, esos pasan completamente inadvertidos ..., inadvertidos hasta por ahí! Verán ustedes por algunos datos que les proporcionaré, hasta qué punto pueden dejar rastros en la vida de la mujer y, como consecuencia lógica, en la vida de la familia y en el funcionamiento de nuestra sociedad. Frente a este aumento extraordinario de la interrupción del embarazo, me pareció que era mi deber como médico, como profesor de la Facultad de Medicina, como simple ciudadano, estudiar causas y proponer remedios. En una propaganda ya vieja fuí estudiando poco a poco todas las causales del problema. (1) y llegó un momento en que me convencí que ese estado de cosas traducía no una inmoralidad creciente, no una inconsciencia culpable, sino una situación de hecho, situación de hecho que había que contemplar si quería precisamente ponerme al abrigo de todo lo que fuera un doctrinarismo teórico y, por lo tanto, falso e ineficaz en sus consecuencias; poco a poco me apercibí de que en la mayor parte de los hogares las mujeres no abortan porque quieran abortar. Muy lejos de ello; abortan porque la sociedad moderna ha creado situaciones, complicaciones que desvirtúan por completo el dicho castellano de que cada hijo que nace trae un pan debajo del brazo, al que en una forma algo trivial he modificado así: En esta época, cada hijo que nace trae debajo del brazo la cuenta del panadero.

Es, pues, frente a ese estado de cosas, que me he preocupado de largo tiempo atrás de estudiar si no habría una manera de encauzar una tendencia que se esboza con los caracteres de una necesidad ineludible en la vida actual, es decir: *la limitación de la procreación.*

---

(1) Consideraciones sobre la lucha en el Uruguay contra el aborto criminal provocado. Informe al 1.er Congreso Médico Nacional, 1916.

El aborto criminal es un grave problema nacional. — Conferencia en el Sindicato Médico del Uruguay, 1926.

Es evidente que al hombre moderno, a cualquier clase social que pertenezca, resulta bastante difícil señalarle un camino que sea solamente de abnegación y de sacrificio. Las esperanzas en una vida futura, en una vida mejor que la presente, se han ido desvaneciendo. Es posible que haya todavía muchos creyentes de fe, pero tengo el convenciminto de que aún entre esos creyentes hay muchos para quienes la solución sería una buena vida futura, pero preparada por una buena vida presente. Y bien: no se concibe una buena vida presente sin el bienestar económico, y es precisamente ese argumento capital, indiscutible e incorregible actualmente por desgracia, el que lleva a mucha gente a interrumpir la gestación ¿Por qué? Precisamente porque no saben evitarla. Cuando se hurga la conciencia al parecer criminal de tantas abortadas y de tantos maridos que hacen abortar a sus mujeres, se llega al convencimiento de que lo hacen no porque quieran viciosamente hacerlo, no porque ignoren que en realidad cometen una falta muy grande, cualquiera que sea su creencia filosófica o su ausencia de creencia filosófica; lo hacen porque realmente cada hijo que nace representa un conjunto de dificultades que son muy arduas de subsanar de una manera rápida dentro del mecanismo normal del desarrollo de nuestras sociedades. Y ese problema se hace todavía más angustioso para aquellos hombres y aquellas mujeres que creen que no es un deber moral estricto lanzar al mundo hijos, sino por lo contrario, preparar generaciones nuevas que estén en condiciones de prosperar a su vez, de forjar un porvenir venturoso para la sociedad y para la Patria. Pero todos aquellos que creen que la paternidad no es el mero hecho de realizar un acto sexual fecundo, saben que hay dentro de los deberes de la paternidad una serie de problemas excesivamente graves, excesivamente complejos y que dentro de la vida moderna tienen que hacerse cada vez más complejos. Si para nuestros criollos de la época patriarcal tener quince o veinte hijos no era una complicación grave porque se sabía que esos quince o veinte hijos iban a encontrar su camino en la vida, hoy no es así. Sabedor el padre de que sus hijos cuando lleguen a la edad viril van a tener que luchar con dificultades

extraordinarias, es justo que se preocupen de no tener sino el número conveniente de hijos. Dejemos de lado todo lo que pueda haber de egoismo en muchos individuos que por no privarse de lo superfluo limitan la procreación. Pero para la mayor parte, para los que se sienten padres, en realidad es un problema angustioso el de la multiplicación de los hijos.

Esa es, pues, mi posición espiritual frente al problema. No sé si estaré en lo justo; pero tengo el convencimiento de que estoy en lo humano; como médico y como miembro del engranaje social, estoy obligado por mi profesión a no vagar en las alturas inaccesibles de los principios teóricos sino a apoyarme en la realidad que se arraiga en plena tierra.

Es por eso que me he permitido hacer una exposición muy breve para demostrarles cuál es la forma de encarar el problema sin lanzarme, por cierto, a escudriñar en toda su profundidad este problema, ni a discutir a fondo sus bases éticas.

Ya saben ustedes cómo pienso. No extrañarán, por lo tanto, algunas de las afirmaciones que haré en las páginas que voy a leer. Siguiendo una práctica muy sana establecida en las conferencias del Sindicato me sería muy grato ampliarlas o sostenerlas si cualquiera de los presentes deseara una ampliación o sostuviera una rectificación de las afirmaciones que yo haga.

El momento histórico actual, en sus cambiantes características y sus violentos remezones, talvez menos revolucionarios que el lento y secreto trabajo de desintegración estructural visible en toda la Humanidad civilizada y sub-civilizada, se está plasmando un orden social nuevo que obliga al hombre culto a prestar su máxima atención a los variados signos de esta evolución, tratando de apartar lo circunstancial y efímero de aquello que posiblemente se incorporará a la mentalidad de los hombres futuros con caracteres de tal permanencia, que por generaciones múltiples tendrán la ilusión de la inmutabilidad ética.

Entre las cuestiones que el ginecotocólogo no puede mirar con indiferencia está la que se refiere a lo que con tanta justeza se ha llamado: la Maternidad consciente, pues que de los medios de realizarla y de las consecuencias que su rea-

lización puede tener para el individuo, para la Sociedad y para la Especie tendrá que ser el árbitro, el ejecutor y el responsable.

La denominación de 'Maternidad consciente'' es empleada por mi en un concepto restringido, pues que considerada en su conjunto integral obligaría a estudiar el complejo proceso que significa a la vez que la procreación y el desenvolvimiento material de los hijos, el importantísimo y decisivo modelado de la personalidad humana mientras sobre ella se cierne serena y protectora la influencia maternal. Cabe a los sociólogos esta misión; corresponde a ellos discernir y orientar su acción, determinar su orientación y completar así la obra de los biólogos y de los higienistas para que la madre, eje natural de la organización familiar, adquiera toda su potencia social y se constituya en guía suave y enérgica, bondadosa y sabia de las generaciones futuras, a las que tomando antes de sus balbuceos, conduzca con gesto seguro hasta el momento de ingresar en la vida de relación y cooperación sociales, dejando en el recuerdo de los hombres — niños de ayer — la perdurable huella de sus consejos y de su vigilancia solícita y afectuosa. Me ocuparé solamente de la Maternidad en tanto que, proceso concepcional, encarándolo particularmente del punto de vista médico, y con arreglo a él, de sus proyecciones sobre el campo de la Previsión social; por excepción y sólo cuando sea indispensable haré brevísimas incursiones eticas, incapaz como me creo de ahondar este aspecto de la cuestión, campo de las más rudas controversias doctrinarias, cuando no ocasión de huecos y banales verbalismos.

Todo lo poco que de Eugenesia sabemos, lo mucho que vislumbramos nos lleva a pensar que desde su aparición en la superficie de la Tierra la especie humana se ha reproducido en las mismas condiciones que sus antecesores en la escala zoológica; sin el menor propósito de adaptar esa función al perfeccionamiento psico-físico que en la cadena de los mamíferos representan sus características somáticas, el hombre se ha perpetuado sin preocuparse jamás del valor que podrá tener el producto, casi siempre fortuito, de sus relaciones sexuales con la mujer, de las circunstancias naturales y sociales en las que se desarrollará ni del significado que para la espi-

ral ascendente del perfeccionamiento humano tendrán las condiciones favorables o adversas en que vendrá al mundo; en él transcurrirán los años decisivos de su infancia y de su adolescencia, ni las consecuencias que las múltiples o difíciles procreaciones o aquellas llevadas a cabo en organismos deficientemente preparados o protegidos podrán tener en el ser llamado por ley natural a constituir el receptáculo y el transitorio hogar del producto de la coalescencia de la células germinativas.

A ello mucho ha contribuido la situación social de la mujer, insensiblemente llevada desde ser más débil y protegido, sitio que ocupa la hembra entre las especies animales, hasta individualidad protegida también, pero casi siempre oprimida, como en todas las sociedades inferiores — y por qué no decirlo — hasta en muchas consideradas como de alta civilización.

Corresponde a los sociólogos desentrañar los complejos factores económicos, religiosos, históricos que explican esta circunstancia. Nosotros debemos sustanciar nuestras reflexiones a los hechos que actualmente presenciamos y si al principio dije que interesaban al Ginecotocólogo es porque creo que si al Obstétrico corresponde adaptarse a la nueva Etica sexual, influyendo para que a sus postulados se ofrezca la mejor solución, al Ginecólogo corresponde apreciar la transcendencia que para el organismo femenino pueden tener procedimientos o métodos, algunos legalizados y hasta codificados en estos últimos tiempos.

Con el despertar de la conciencia de las capas inferiores de la sociedad humana han coincidido varios hechos sobre los que sería ingenuo afectar ignorancia y culpable negarse a prestar el consejo técnico desinteresado y avizor que a nuestros semejantes debemos por nuestra situación en el engranaje social.

La igualación de derechos civiles de hombres y mujeres va creando en éstas un concepto fundamental de su cooperación en la evolución de la Humanidad que se refleja en múltiples cuestiones.

Dejando de lado lo que pueda haber de excesivo y radi-

cal en muchas opiniones emitidas — reacción lógica y pasajera después de tantos siglos de sumisión — de algunos años a esta parte ha surgido con caracteres agudos, ya ruidosamente agitado, ya oscura y tácitamente aceptado lo que se ha llamado la "Maternidad consciente", o sea el derecho para la mujer de procrear voluntariamente.

Dejo a los moralistas de profesión, a los teólogos, a los políticos, es decir a todo un grupo de personas cuyos raciocinios están basalmente viciados por la estrechez de sus premisas y por el utilitarismo de sus conclusiones maltratarse mutuamente y servirse de todas las mentiras convencionales para mantener un estado de cosas crugiente y sobre el cual podría exagerarse la frase de Hamlet sobre Dinamarca.

Para mí hace muchos años que el problema está resuelto en el sentido que la mujer tiene el derecho inalienable de disponer de su organismo para que en él se desarrolle un nuevo ser y como se verá en el curso de esta exposición, lejos de ser este aserto una retractación de cuanto he pugnado contra el aborto criminal me servirá para sostener la probable fórmula futura que concilie el cumplimiento del instinto sexual en todo lo que tiene de subconsciente e imperioso con la adaptación a leyes económico - sociales y con los nuevos conceptos de Etica a los que sería ilusorio oponer frases de efecto, dogmas averiados por uso excesivo o máximas hipócritas reñidas con la verdad de la existencia misma.

A poco que se estudie la argumentación y la nacionalidad de los más acendrados campeones del anti - malthusianismo se evidencia que ambas corresponden a aquellos países en los que la baja natalidad y el débil acrecentamiento demográfico son un peligro de orden social o una amenaza de inferioridad militar frente a otros países en los que por razones históricas perciben el agresor de mañana. Otras veces — como en algunos países de la Europa meridional no reflejan sino la necesidad de un ceñuelo patriotero al servicio de organizaciones antidemocráticas.

En realidad todo demuestra que el neo - malthusianismo no es una opinión sino un hecho; una resultante lógica de la evolución del mundo moderno y contra ese hecho no pueden

ni podrán las lamentaciones lacrimosas de los patriotas, ni las encendidas arengas de los "Duces".

La natalidad descendente de todos los países del mundo civilizado muestra acabadamente la verdad de lo expuesto; si se tratara de una opinión presenciaríamos el hecho único en la historia de una coincidencia espiritual mundial.

Aceptado pues el neo-malthusianismo como un hecho y dándole a esa denominación no el significado y la explicación que le dió Malthus, sino el de limitación voluntaria de la procreación, debemos enfrentarlo valientemente y preguntarnos si, puesto que nos encontramos frente a un hecho incontrastable, no es prudente y conveniente encauzarlo y dirigirlo en forma que a la larga no se traduzca en una disminución del capital humano en su sentido ampliamente cualitativo.

Extensamente han sido estudiados por numerosos autores y bien conocidos son por todos los presentes los múltiples medios y fraudes anti-concepcionales y ocioso sería repetir cuánto se ha escrito sobre sus ventajas, inconvenientes, peligros y eficacia.

Tampoco hablaré de los medios destinados a impedir en el hombre la posibilidad de procrear.

Desde hace algunos años un procedimiento, tan viejo que su descripción y sus estragos figuran en la bibliografía científica y literaria greco - romana, ha hecho su entrada en la Historia de la Medicina social con caracteres hasta entonces desconocidos.

El aborto voluntario provocado y no subordinado a razones de orden médico, ha adquirido personería jurídica pues que al principio tímidamente y luego como disposición de derecho codificado forma parte de algunas legislaciones actuales.

El punto de vista de la mayor parte de sus defensores es el llamado "derecho de legítima defensa" de la madre contra la existencia indeseada o indeseable de un hijo.

No olvidemos que en los mismos países en los que se fulminan anatemas contra estas innovaciones del Derecho se planteó y por muchos médicos y legistas se legitimó el dere-

cho de interrupción del embarazo para las mujeres violadas durante las operaciones de la última Gran Guerra. Es siempre el caso de aplicación de los principios según el lado que se ocupe en la barricada!

No es incumbencia del ginecotólogo definir este aspecto tan interesante del problema ni debe tampoco juzgarlo del punto de vista de sus convicciones religiosas o filosóficas, ya que incorporado a la Ley podría mañana, como funcionario, verse en la obligación de cumplirla practicando el aborto legalmente justificado.

No olvidemos tampoco, ante la situación angustiosa de ciertas grávidas involuntarias, cúan fácil es sentar cátedra de Moral y hacer alarde de intransigencia cuando se presencia el espectáculo desde la platea. Tan razonable es esto que de mucho tiempo atrás en ciertos países la Ley encuentra atenuantes cuando el aborto se practica para salvar el honor.

Lo que da carácter de actualidad a este problema es el ensayo extensivo que del aborto legal se está haciendo en Rusia y de cuyos resultados hemos tenido conocimiento reciente. Es sabido que en ese país, en el que se está elaborando un fermento que a la postre y adaptado a cada medio social será tan fecundo como el que nos trajo la Revolución francesa, se han organizado "Abortaderos" oficiales, servicios clínicos en los que toda mujer que lleva un embarazo imprevisto o indeseado puede hacerse abortar con todas las garantías de la Ley y de la Ciencia.

Ignoramos todo lo que en realidad pasa en ese enorme y desconcertante país. Lo que creemos saber nos viene por la vía de una prensa adversa que probablemente nos muestra a la Revolución rusa con la misma sinceridad que las gacetas monárquicas de Europa mostraban a los hombres de 1789 y de 1793.

Pero sea lo que fuere parece resultar que aún con todas las garantías de la intervención efectuada en esos Servicios la proporción de mujeres que queda luego más o menos genitalmente maltrecha está lejos de ser despreciable; su capacidad concepcional y su valor orgánico, que se reflejan en su valor económico-social, están notoriamente disminuídos.

Hay, pues, que reconocer que si como principio jurídico la "Maternidad consciente" puede justificarse, su realización en Rusia en forma que tiene todos los aspectos de una experiencia de laboratorio, se traduce por graves inconvenientes para el individuo y para la sociedad.

Mantengo mi respeto intangible por el producto de concepción y estos hechos robustecen mis convicciones, pero — como lo decía al principio — igual respeto tengo por el derecho de la mujer a procrear voluntariamente, en particular cuando sus hijos corran el riesgo de nacer tarados, de vivir en condiciones de medio higiénico, cultural y económico deficientes o de originar por la repetición de gravideces y partos un desmerecimiento psico-físico de la madre.

Es en realidad un callejón ético, pero no un callejón sin salida.

Reconocida la ineficacia, el riesgo o la inaplicabilidad en la vida conyugal de casi todos los medios anti-concepcionales propuestos ¿debemos abandonar a la mujer a los peligros del aborto provocado voluntario?

Si en servicios clínicos adecuados sus resultados no son satisfactorios ¿qué no será librado al criterio obscurecido por el temor o la pasión de las madres para la elección de autores y de medios y a la inconsciencia, la venalidad y la ignorancia de los autores elegidos?

Las respuesta nos la dan las tragedias que observamos en nuestros Servicios clínicos y todo comentario huelga.

No quiero que se diga que exagero. Aportaré el resultado de una experiencia valiosa.

Precisamente uno de los engaños corrientes sobre el aborto provocado correctamente hecho es la creencia en su inocuidad.

Aparte de lo que representa la interrupción del embarazo, como violación de un ritmo fisiológico que iniciándose en el acto sexual termina en la lactancia, la experiencia rusa es formidablemente demostrativa e instructiva.

El Profesor Serdukoff, a quien no debe suponérsele anti bolchevique pues dirige actualmente uno de los Institutos obstétrico - ginecológicos oficiales de Moscou, ha llegado a conclusiones que demuestran lo que antecede.

En Moscou desde 1922 hasta 1926 ha habido en los hospitales 54,416 abortos artificiales; uno de los contados beneficios del aborto legalizado es que el número de abortos incompletos — por lo general clandestinos — ha disminuido hasta llegar a menos del 20 o|o del total. Como dato estadístico interesante que demuestra cómo los factores extra-médicos dominan en la justificación de la maternidad voluntaria anoto: En el "abortadero" oficial del hospital Dostoieffsky de Moscou se practicaron en 1925, 2.699 abortos y de estos el 8,6 o|o fueron justificados por el número excesivo de hijos y 58,7 o|o por la insuficiencia de medios materiales de vida. Total de indicaciones extra-médicas: 65,3 o|o.

Estamos, pues, lejos del dicho castellano que cada hijo trae un pan debajo del brazo!

Mucho hay que decir sobre las secuelas del aborto provocado.

Las conclusiones del Profesor Serdukoff, apoyadas en lo que ha observado a las luces de todo cuanto sabemos de Biología genital son realmente alarmantes y condicen con muchos hechos que conocemos desde que el aborto provocado constituye en el Uruguay una de nuestras lacras sociales.

He aquí sus conclusiones: Comparando las mujeres que se han hecho abortar repetidas veces con las que no lo han hecho se constata: 1.° que las primeras tienen, después del parto, fiebre con una frecuencia triple que las segundas; 2.° que la duración del parto es más larga en las primeras que en las segundas; 3.° la frecuencia de la placenta previa es mucho mayor en las primeras que en las segundas; 4.° las adherencias placentarias son el doble más frecuentes en las primeras que en las segundas; 5°. la subinvolución del útero puerperal es cuatro veces más frecuente en las primeras que en las segundas; 6.° la influencia de los abortos se manifiesta por una evidente disminución de resistencia al traumatismo fisiológico del parto; 7.° la frecuencia de la muerte del feto es mucho mayor en la primera categoría que en la segunda.

A todo esto agregaremos por nuestra parte lo que supone para el organismo femenino la brusca modificación de un equilibrio hormónico fisiológicamnete determinado por el embarazo.

Como elemento no despreciable para la felicidad de la mujer hay que anotar como consecuencia de los abortos repetidos una disminución y luego una desaparición progresiva de toda sensación voluptuosa, en proporciones que pueden llegar hasta el 60 o|o de las mujeres y una disminución de su capacidad concepcional debida a las alteraciones orgánicas consecutivas a esas intervenciones y que pueden en el futuro malograr todo deseo de maternidad, siendo esta incapacidad más frecuente y más notable en las mujeres de menos de 20 años.

He aquí pues el balance significativo de una experiencia hecha en gran escala sin las retrancas que la penalización del aborto puede hacer pesar en la apreciación de sus resultados.

Ante el fracaso de la solución simplista de un problema ético y social, solución insostenible cualquiera sea el punto de vista doctrinario o filosófico en que nos coloquemos porque supone el sacrificio voluntario e innecesario de un ser viviente, debemos declararnos impotentes y transigir con el desastre?

No lo creo. Es bien un callejón ético y médico pero no un callejón sin salida, ya lo hemos dicho.

Una nueva orientación ha surgido, a mi juicio salvadora porque concilia el justo derecho de la maternidad voluntaria con el respeto a normas esenciales de Etica.

Esta orientación que apenas apunta en el horizonte de la Obstetricia social es la esterilización de la mujer y muy particularmente la esterilización temporaria.

La esterilización definitiva tiene un campo de acción perfectamente determinado; sus indicaciones coinciden con estados patológicos femeninos que inhabilitan a la mujer para ser madre, estados patológicos que incurables o susceptibles de poner en peligro su salud y su vida contraindican de una manera absoluta toda concepción.

Muy distintas son las indicaciones de la esterilización temporaria; si bien es cierto que más de una vez responderá a indicaciones médicas precisas pero correspondientes a enfermedades de probable curación o incompatibles con la gestación sólo en forma transitoria, todo induce a pensar que,

sancionado por la ley y la costumbre, del derecho a la maternidad voluntaria y consciente surgirán otras indicaciones, como las que hoy sirven para autorizar el aborto en Rusia y que por pocos votos hubo de incorporarse a la legislación cantonal suiza.

No puede negarse que el movimiento favorable a que los hombres físicamente tarados en forma que arriesgue su descendencia heredar la tara sean sometidos a intervenciones que aseguren su infecundidad y la introducción en múltiples legislaciones de preceptos que limitan la capacidad matrimonial de esos individuos, indica que el Estado tímida pero progresivamente desea dedicar a la Eugenesia humana por lo menos una atención equivalente a la Eugenesia de los animales domésticos de gran rendimiento.

Pero encarada en esta forma la limitación de la procreación es unilateral e ineficaz si la ley no contiene sanciones severas.

Nuevo exponente de ese espíritu es la marcha ascendente del "Certificado pre - nupcial de salud" en la opinión de los médicos y de los sociólogos. Pero todo esto deja en pie la capacidad concepcional de la mujer entregándola inerme a la concupiscencia del hombre enfermo.

Si a estos factores de orden médico social se agregan los muy angustiosos efectos de significado económico, por lo mismo que estos son por lo general transitorios toda medida que incapacitara definitivamente a la mujer para nuevas concepciones tiene que contar con nuestra oposición.

¿Con qué medios cuenta hoy la Medicina para obtener la esterilización temporaria?

Las radiaciones, los métodos quirúrgicos y los métodos biológicos.

Qué condiciones debe llenar todo método de esterilización temporaria? En un trabajo publicado en nuestra "Revista Médica" en 1919 y en Estados Unidos de Norte América en "Surgery, Gynecology and Obstetrics" en 1920 las determiné con toda precisión en la forma siguiente:

1.° Ser inofensivo del punto de vista local y general y para los futuros productos de concepción.

2.° Ser de fácil aplicación.

3.° No provocar alteraciones anatómicas ni trastornos funcionales profundos o duraderos.

4.°Ser de duración definida.

5.° Permitir la reanudación de la concepción a voluntad.

Estas cinco condiciones son ineludibles e inseparables; la falla de cualesquiera de ellas compromete el fin que nos proponemos que es el de asegurar la interrupción de las concepciones y su voluntaria reanudación.

Ahora bien, los tres grupos de métodos anti-concepcionales eficaces responden a estas premisas?

La característica de los métodos actínicos (Rayos X, Radium, mesotorio) es la destrucción más o menos profunda de los óvulos en evolución. La densa bibliografía existente sobre este tópico es difícil de sintetizar.

Dosificación variable, distancia variable entre el agente y el órgano irradiado, exámenes practicados en las más distintas épocas después de la irradiación, todos estos elementos de juicio impiden llegar a conclusiones definitivas, pero lo que parece deducirse de la experimentación practicada en animales es: 1.° que los ovarios quedan alterados y hasta destruídos por una irradiación suficiente; 2.° que las preñeces consecutivas a la irradiación no parecen corresponder a la impregnación de óvulos irradiados; 3.° que la restauración del funcionamiento ovárico parece debida a la madurez de folículos a los que no alcanzó la irradiación; 4.° que en virtud de la racional imposibilidad de desarrollo y fecundación de óvulos irradiados no puede afirmarse que las malformaciones embrionarias y fetales observadas después de la irradiación sean directamente imputables a ésta; 5.° que si bien la dosis destructora puede fijarse en los animales con bastante precisión hasta ahora no es posible dosificar en función de tiempo la dósis inhibitoria.

Por lo que respecta a la especie humana puede decirse que estas conclusiones de la experimentación le son aplicables.

Como se ve la esterilización temporaria actínica si es de fácil aplicación para el radiólogo (condición 2.ª) no es inofensiva del punto de vista local puesto que destruye el

elemento capital del ovario (condición 1.ª), provoca alteraciones anatómicas y trastornos funcionales, destrucción del folículo (condición 3.ª), no es de duración definida (condición 4.ª) y por la misma razón, al impedir la reanudación de las concepciones a voluntad no responde a la condición 5.ª

Desde hace muy poco tiempo se ha suscitado y ha provocado interesantes experiencias la esterilización biológica. Se han ensayado inyecciones de placenta y extractos de ovarios de hembras preñadas, pero el método que ha dado resultados más sobresalientes es la inyección parenteral de secreción testicular.

Al norteamericano Farnum le corresponde la prioridad en la inyección de semen a conejas para averiguar si podían elaborarse precipitinas específicas para el semen, obteniendo en sus experiencias resultados positivos. De entonces a acá se han acumulado muchos trabajos coincidentes, en general con las ideas primordiales de Farnum. Entre los trabajos más recientes e interesantes citaremos al de Kostromin y Kartasheff del Instituto Bacteriológico de Perm (Rusia), inspirado en los deseos del Gobierno soviético de obtener un medio de esterilización temporaria aplicable a los casos en los que la difícil situación económica contraindica la procreación, que hoy se resuelven en la forma imperfecta y peligrosa que más arriba hemos señalado y cuyos resultados no han escapado seguramente a la sagacidad de los hombres de Estado y de los sociólogos de la Rusia actual. Los autores indicados han inyectado conejas y cobayas con espermatozoides heterogéneos vivos y muertos obteniendo resultados positivos en ambos casos, aunque más favorables con espermatozoides vivos. A estos debemos agregar la experimentación personal del doctor Jarcho de Nueva York, publicada detalladamente en el número de Diciembre de 1928 del American Journal of Obstetrics and Gynecology. Este experimentador ha utilizado espermatozoides de varias especies usando como animal de experimentación la coneja, pero especializándose con los testículos de carnero, fáciles de obtener, de manipular, y de prestarse a ser empleados en la especie humana sin riesgo de contaminación gonorreica, sifilítica o tuberculosa. En general empleó una suspensión ti-

tulada de espermatozoides vivos, muertos con formalina, o destruídos mecánica o químicamente. Sus resultados son absolutamente convincentes, pues que ha obtenido esterilizaciones temporarias máximas de siete meses en la coneja, que, comparando la duración de la vida de este animal y de la mujer representarían para esta un lapso de casi cuatro años.

De los diferentes métodos empleados, como era de esperarse los mejores resultados corresponden a la inyección de espermatozoides vivos.

¿Cuál puede ser la causa de esta esterilización biológica?

Por el momento no hay ninguna explicación satisfactoria y solamente algunos hechos que tal vez nos conduzcan a ella. Mc. Cartney afirma haber constatado que la secreción uterina y vaginal de las ratas inmunizadas es espermatotóxica. Pero si el mecanismo de inmunización concepcional es aún desconocido pueden hasta ahora aceptarse provisoriamente las siguientes concluciones: 1.° la esterilización temporaria por inyección parenteral de espermatozoides es posible; 2.° la inyección de espermatozoides es inofensiva aún tratándose de espermas de especies heterogeneas, lo que la hace aplicable a la especie humana; 3.° No hay ninguna dificultad técnica de aplicación; 4.° No se producen modificaciones anatónomicas ni funcionales del aparato genital debiéndose, probablemente, la esterilización a un estado humoral espermato-tóxico.

Como se vé, la esterilización biológica realiza tres de las condiciones requeridas. No es posible afirmar cuanto dura el período anti-conceptivo pero todo hace pensar que, terminado éste, las procreaciones se realizarán sin inconveniente.

La esterilización biológica es, pues, un método lleno de promesas; aún no está a punto como procedimiento clínico de aplicación corriente pero es indudable que nos señala la buena vía. Hay, pues, que perseverar en la experimentación de laboratorio y en la aplicación a la especie humana, así que se hayan dilucidado todas las incognitas. (1)

(1) Uno de mis Asistentes, el doctor Martinez Olascoaga y un antiguo alumno del Servicio del doctor Morató, han preparado la inyección esterilizante (esperma de carnero) y están procediendo actualmente a su experimentación en la especie humana.

Pero mientras eso sucede, ¿debemos asumir una actitud pasiva ante aquellas mujeres a quienes en conciencia debemos evitar temporariamente una preñez?.

A esto responden en este momento y probablemente de una manera transitoria, hasta que la esterilización biológica esté en sazón, los procedimientos quirúrgicos.

Si para calificarlos nos atenemos a las condiciones que legitiman su adopción veremos que en realidad solamente el procedimiento propuesto por mí y publicado en la Revista Médica del Uruguay y en Surgery, Gynecology and Obstetrics de Estados Unidos de Norte América responde en absoluto a ellas.

Entre los trabajos recientemente publicados hay tres alemanes, respectivamente de 1927 y 1928 del Profesor Sellheim, del Dr. Littauer y del Profesor Polano, en los que se describen los procedimientos ideados por ellos, afectando un silencio bibliográfico absoluto sobre lo que fuera de su país se ha escrito al respecto, costumbre nada rara en un país en el que no se trepida en llamar maniobra de Veit, ginecólogo muerto hace tiempo, a la clásica maniobra de Mauriceau, que figura en las primeras ediciones de sus "Observaciones sobre los partos" editadas en 1668!

La inspección de las figuras que expongo ante ustedes les demostrará cúanto más sencillo es mi procedimiento y cúanto mejor responde a las condiciones esenciales requeridas.

En el procedimiento por mí propuesto, se reduce al mínimo la perturbación topográfica de la trompa, quedando de esa manera asegurada una buena circulación del órgano y por lo tanto su posible reintegración funcional. Su superioridad sobre los métodos de inclusión intraligamentaria del ovario (Taddei y Paná) es indiscutible.

Una sola vez he practicado esta intervención en una multípara, cardíaca y sucedió lo que era de preverse. Desde el segundo mes de operada aparecieron dolores post-menstruales explicables por la existencia de nódulos ligamentarios (hematomas); los accidentes se agravaron al punto que antes de un año tenía que reoperar a la enferma practicando entonces la esterilización por resección tubaria y escisión cuneiforme de

su trayecto intramural. A la vez tuve que hacer una resección ligamentaria de los hematomas incluidos. Debo también señalar un error del Prof. Polano en su trabajo. Encuentra al método de Littauer tan sencillo que aconseja practicarlo simultáneamente con la intervención evacuadora del útero. A la luz de mi experiencia mis dos únicos fracasos (observaciones 2.a y 4.a) corresponden a haber seguido esa técnica. Considero malo del punto de vista del mantenimiento de la exclusión tubaria, que la cicatrización se haga contemporanamente con la involución útero-ligamentaria; la sutura afloja o el catgut se reabsorbe antes de que la fijación se haya hecho y el pabellón tubario se escurre de la bolsa de contención.

Desde que reservo la inclusión tubaria hasta el momento (3er. mes después del parto) que la involución genital es total no he tenido fracaso alguno en los diez casos siguientes.

El corto número de observaciones — 14 en más de doce años — indica hasta qué punto he sido parco en aplicar mi método, que he reservado hasta ahora a indicaciones estrictamente médicas.

El reverso de la medalla — todos los autores lo hacen notar — es que ninguna de mis operadas me ha pedido que de nuevo le restablezca la comunicación cérvico-ovárica, aunque en casi todas haya desaparecido la causa que la motivó (nefritis, tuberculosis pulmonar, pielo-nefritis, etc.).

Esto tendería a demostrar cuán poco frecuente y voluntaria es la multiparidad!

Estudiados sintéticamente los tres grupos de métodos de esterilización temporaria de la mujer ¿a qué conclusiones podemos llegar?

En primer término deben desecharse todos los medios anti-concepcionales primitivos, químicos, mecánicos o funcionales (preservativos, pastillas y pomadas anti-espermáticas, pesarios, coitus interruptus, etc.) cuya eficacia es notoriamente deficiente y cuya aplicación es a veces incompatible con las intimidades de la vida conyugal o cuyos resultados pueden ser funestos para el equilibrio psico-físico de los cónyuges.

Los pesarios cervicales e intra-cervicales, que tantas parteras anuncian en sus avisos como infalibles, no solamente no

tienen nada de tales sino que por la constante irritación ejercida sobre el epitelio endo-cervical son probablemente un eficaz factor determinante de aparición del cáncer uterino.

De la esterilización por irradiación (Rayos X, Radium y mesotorio) diremos que su acción destructora sobre el folículo, la inseguridad de intensidad y duración de acción esterilizante deben alejarnos de su empleo, aún en manos de radiólogos conscientes.

En el momento actual la esterilización temporaria por inclusión ligamentaria del pabellón tubario representa el más sencillo, inofensivo y eficaz medio de obtenerla. Pero no debemos olvidar que exige una laparatomía. es decir una intervención quirúrgica con sus posibles aleas.

Es a la esterilización biológica que van nuestras preferencias.

Muchas lagunas hay en su conocimiento; falta aún la experimentación clínica, pero en la provocación de un estado humoral anti-espermático está talvez la aplicación voluntaria y el despertar de un proceso que la Naturaleza emplea y que explica ciertas infecundidades transitorias o definitivas que el más delicado y preciso examen es incapaz de aclarar.

Todo cuanto acabo de decir a ustedes tiene principalmente un alcance médico. Es para responder a indicaciones clínicas precisas que por el momento debemos poner en práctica los métodos de esterilización temporaria.

Pero no nos engañemos sobre su alcance ni nos envolvamos en una capa de preceptos intangibles que la realidad hace bambolear cada vez con más energía. El médico no es solamente un curador de cuerpos; la eficacia de su consejo está en razón directa de la participación que toma en las preocupaciones y en los dolores de su clientela. Verdadero director de conciencias puede, con honda piedad, dar a sus enfermos y aún a aquellos que no siéndolo ya han quedado vinculados a él por gratitud y por respeto, no la indicación teórica y abstracta sino el consejo eficaz que fluye de su experiencia y de su conocimiento de muchas angustias que no figuran en los manuales de Patología.

Para estos casos, para estas tragedias domésticas. menos ruidosas que las de Esquilo pero no menos dolorosas, cuando

el médico y la enferma se ven amenazados por la inminencia de un aborto provocado al que la estrechez económica, una temible herencia o la probable trasmisión de una enfermedad empujan desordenadamente; cuando frente a frente se coloquen los riesgos presentes y futuros del aborto provocado reiteradamente y los preceptos de una educación ética bastardeada por el prejuicio y la tradición, que tratan de eximirnos de toda participación, aunque a veces hipócritamente se beneficie el médico de las intervenciones posteriores que encarrilan la situación clínica, entonces debe éste asumir su rol elevado y libre de mentiras convencionales.

Al revés del poeta que se lamentaba de haber llegado demasiado tarde a un mundo demasiado viejo, no nos sintamos envejecidos frente a un mundo nuevo que se está elaborando ante nuestra vida.

Ahora, como hacia el fin del Imperio Romano una intensa y tumultuosa revolución se está produciendo en los individuos y fuera de los individuos. No hay ya olas invasoras de nuevas razas pero sí imbricación fecunda de razas dispares. Un análogo proceso de desintegración social, verdades nuevas combatidas con igual rudeza por los poseedores de las verdades viejas. Entusiasmos pujantes y espíritu de sacrificio en los obscuros oficiantes de las nuevas opiniones; originales puntos de vista, exagerados pero tal vez no exentos de razón basal; fervientes anhelos de mejoramiento en las clases sociales inferiores; deseos vehementes de goce integral de la existencia; sentimiento profundo de las injusticias ancestrales en todos los hombres capaces de comprensión y deseo vibrante de contribuir a su desaparición; misticismos nuevos... también hay mitos en lo que parecen rígidas normas de aplicación de escuetos preceptos de organización social.

¿Puede el médico permanecer insensible a todo esto? No, mil veces no. Seamos artesanos humildes, cotidianos de esta evolución revolucionaria. Seamos colaboradores cordiales y conscientes de este movimiento incontrastable.

Contribuyamos con toda la fuerza de nuestra Ciencia, de nuestra voluntad, de nuestra experiencia a restaurar la salud desfalleciente, a precaver al hombre de los peligros evitables, preparemos generaciones felices, no por el número sino por

la calidad; hagamos del más rudo trabajo, rodeándolo de todas las garantías de la Higiene, una obligación consentida y no impuesta. Pongamos toda nuestra energía al servicio de la Eugenética racional para que el Hombre al nacer no sea — como ya lo he dicho — el producto fortuito e involuntario de un acto carnal, frívolo, sin olvidar el agudo acicate que para la vitalidad de los organismos adultos es el instinto natural de perpetuación de la Especie.

Observemos todo con ojos muy abiertos, sin que nuestra visión esté limitada por ningún dogma, ni ninguna prescripción moral esclerosada por los siglos.

No neguemos nuestra participación a la solución de las nuevas necesidades; sintámonos ante todo hombres entre los hombres y cuando en el postrer minuto de nuestra vida, en ese rapidísimo retrospecto de la existencia, que dicen tienen algunos moribundos, veamos desfilar nuestros actos de solidaridad humana, podremos hundirnos en la Nada apaciguadora con un último pensamiento en las murientes células corticales: Fuimos médicos, siempre médicos hasta el fin y más que médicos, hombres para los que nada nos fué indiferente de lo que al Hombre atañe.

Sean estas páginas que acabo de leer fermento eficaz de meditaciones fecundas; compensado más allá de lo soñado me sentiría si al separarnos sintiera vibrar en todos ustedes una sola idea, un juicio sintético: "Mucho nos queda por hacer para merecer el nombre de civilizados!"

ÍNDICE

ÍNDICE

II. — Obstetricia social